Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Chaudière–
Appalaches

# PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

## PLAN D'ACTION RÉGIONAL 2004-2007

DENISE GAGNÉ,
*Agente de planification et de programmation*
*Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires*
En collaboration avec :
MARIE-JOSÉE DROLET,
*Médecin-conseil*
*Direction de santé publique*
POUR LE COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

AVRIL 2004

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004.

Reproduction autorisée à des fins non commerciales avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN 2-89548-182-2

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le genre féminin infirmière est utilisé pour désigner le genre masculin infirmier.

# LISTE[1] DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER ET COLLABORATEURS À LA RÉDACTION DU PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

**Madame Hélène Barrette**
Infirmière, coordonnatrice clinique
*CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins*

**Docteur Mario Bélanger**
Hémato-oncologue
*Hôtel-Dieu de Lévis*

**Madame Diane Blanchet**
Infirmière, coordonnatrice en oncologie
*Hôtel-Dieu de Montmagny*

**Madame Rachel Bourque**
Bénévole
Responsable Groupe Espérance et cancer
*Beauce-Etchemins*

**Docteur Pierre Carrier**
Directeur adjoint aux affaires médicales et universitaires
*Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (ADRLSSS)*

**Docteure Marie-Josée Drolet**
Médecin spécialiste en santé communautaire à la *Direction de santé publique (ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches)* et médecin clinicien en soins palliatifs à *l'Hôtel-Dieu de Lévis*

**Docteur Serge Dumont**
Médecin omnipraticien en soins palliatifs
*Les CLSC et CHSLD de la MRC Desjardins et à l'Hôtel-Dieu de Lévis*

**Madame Louise Fortin**
Infirmière en prévention
*CLSC et CHSLD de la MRC de L'Islet*

**Madame Denise Gagné**
Infirmière, M.Sc., responsable du dossier *« Programme de lutte contre le cancer »*
*ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches*

**Madame Jeanne-Mance Guay**
Bénévole
Groupe d'accompagnement Jonathan inc.
*Beauce-Nord*

**Docteure Anne Ingels**
Médecin aux soins palliatifs
*Centre hospitalier Beauce-Etchemin, CLSC Beauce-Sartigan et Maison Catherine-de-Longpré*

**Madame Marie-France Jacques**
Représentante de la personne atteinte
*Nouvelle-Beauce*

**Madame Francine Leblond**
Infirmière spécialiste en oncologie et en soins palliatifs
*Hôtel-Dieu de Lévis (fin du mandat : janvier 2004)*

**Monsieur André Leroux**
Infirmier, directeur des soins infirmiers
*Centre hospitalier de la région de l'Amiante*

**Monsieur Gilles Lessard**
Pharmacien
*Centre hospitalier de la région de l'Amiante*

**Madame Cyprienne Morrissette**
Bénévole
*Maison Catherine-de-Longpré*
*Beauce-Etchemins*

**Madame Thérèse Pelletier**
Infirmière, M.Sc., coordonnatrice
*Centre de coordination des services régionaux du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*

[1] Liste des membres effective en mars 2004.

106-02026/



## REMERCIEMENTS

Nous adressons des remerciements particuliers aux membres du comité régional de lutte contre le cancer pour leur grande collaboration à la réalisation du Programme régional. Leur implication soutenue, leurs propos et leurs commentaires judicieux ainsi que leur patience auront contribué à rendre ce document significatif pour notre région.

De plus, nos remerciements sont dédiés à toutes les personnes rencontrées lors des consultations régionales. Ces consultations ont favorisé des échanges constructifs relativement au Plan d'action régional 2004-2007. De plus, elles ont permis aux intervenants et professionnels des milieux respectifs de réaffirmer leurs préoccupations et réalités en matière de lutte contre le cancer.

Finalement, la réalisation de ce document a représenté un travail laborieux de minutie et de rigueur. Nous adressons un merci particulier pour la haute qualité du travail de secrétariat à M$^{me}$ Josée Vachon pour la mise en page du document.

# AVANT-PROPOS

Le Programme régional de lutte contre le cancer (PRLC) de la région de la Chaudière-Appalaches prend assise sur un programme national, le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Ce dernier programme propose l'implantation d'un ensemble de services intégrés englobant à la fois les préoccupations populationnelles et individuelles. Il fait état des diverses étapes nécessaires pour assurer et soutenir l'intégration de l'ensemble des interventions sur tout le continuum de soins et de services, c'est-à-dire la promotion et la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement, l'adaptation et la réadaptation ainsi que les soins palliatifs et les soins de fin de vie.

Le programme régional s'inspire de ce continuum. Il spécifie des niveaux d'accessibilité des services local, régional et suprarégional ainsi que la mise en place d'équipes interdisciplinaires permettant de structurer davantage la lutte contre le cancer. *L'intégration des services, des ressources et de l'expertise pour créer un réseau est retenue comme étant la stratégie d'action privilégiée pour améliorer la santé de la population, la qualité des services pour la personne atteinte et ses proches et pour lutter efficacement contre le cancer.*

# TABLES DES MATIÈRES

**LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER** ..... III

**REMERCIEMENTS** ..... IV

**AVANT-PROPOS** ..... V

**TABLE DES MATIÈRES** ..... VI

**LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES** ..... IX

**LISTE DES TABLEAUX** ..... XI

**LISTE DES FIGURES** ..... XII

**INTRODUCTION** ..... 1

**1. CONTEXTE** ..... 2

**1.1 PROFIL DE LA RÉGION ET ORGANISATION DE SERVICES** ..... 2
*1.1.1 Territoire* ..... 2

**1.2 ASSISES DU PROGRAMME RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER** ..... 6
*1.2.1 Programme québécois de lutte contre le cancer* ..... 6
*1.2.2 Fondements du programme régional* ..... 6
*1.2.3 Composantes théoriques* ..... 7

**1.3 RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN CHAUDIÈRE-APPALACHES** ..... 9

**2. POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION** ..... 11

**2.1 BILAN DU PORTRAIT** ..... 11

**2.2 SUITES DU PORTRAIT** ..... 26

**3. PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2004-2007** ..... 26

**3.1 MÉTHODOLOGIE** ..... 26

**3.2 PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER** ..... 27
*3.2.1 Énoncés et priorisation des objectifs généraux* ..... 29
*3.2.2 Énoncés et priorisation des objectifs spécifiques* ..... 30

**3.3 BILAN DE LA TOURNÉE RÉGIONALE** ..... 38

**4. ÉLÉMENTS FAVORISANT UNE PLUS GRANDE INTÉGRATION DES INTERVENTIONS ..... 40**

**4.1 INTÉGRATION DES SERVICES : UNE FINALITÉ ..... 40**

**4.2 MODÈLE DE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE ..... 40**
*4.2.1 Modèle québécois ..... 40*
*4.2.2 Modèle régional ..... 40*

**4.3 ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES AUPRÈS DE LA POPULATION ET EN ONCOLOGIE ..... 46**
*4.3.1 Équipe régionale d'intervention auprès de la population ..... 46*
*4.3.2 Équipe interdisciplinaire régionale en oncologie ..... 46*
*4.3.3 Équipes interdisciplinaires locales en oncologie ..... 47*
*4.3.4 Équipes interdisciplinaires suprarégionales en oncologie ..... 47*

**4.4 INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE ..... 47**
*4.4.1 Rôles, fonctions et responsabilités ..... 47*

**4.5 CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE DU CANCER ..... 50**

**4.6 CONDITIONS DE RÉALISATION À L'IMPLANTATION D'UN RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS ..... 56**
*4.6.1 Conditions essentielles ..... 56*
*4.6.2 Conditions facilitantes ..... 58*

**CONCLUSION ..... 59**

**LISTE DES RÉFÉRENCES ..... 60**

*Annexe I : Mandat du comité régional de lutte contre le cancer - Mandat décrit au Programme québécois de lutte contre le cancer.*

*Annexe II : Équipe régionale d'intervention auprès de la population - Mandat décrit au Programme québécois de lutte contre le cancer.*

*Annexe III : Équipe interdisciplinaire locale en oncologie : Prestation des services aux personnes atteintes et à leurs proches - Attentes minimales spécifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).*

*Annexe IV : Équipe interdisciplinaire régionale en oncologie : Prestation des services aux personnes atteintes et à leurs proches - Attentes minimales spécifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).*

*Annexe V : Équipe interdisciplinaire suprarégionale en oncologie : Prestation des services aux personnes atteintes et à leurs proches - Attentes minimales spécifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).*

*Annexe VI : Plan d'action régional détaillé de lutte contre le cancer 2004-2007 de Chaudière-Appalaches.*

*Annexe VII : Profil d'emploi de l'infirmière pivot en oncologie - Proposition du comité régional de lutte contre le cancer.*

*Annexe VIII : Démarche - Estimation du nombre requis d'infirmières pivots en oncologie.*

# LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau I : Composantes du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer de la région de la Chaudière-Appalaches ..... 11

Tableau II : Bilan du portrait : médecins de centres hospitaliers (2002) ..... 13

Tableau III : Bilan du portrait : cliniques externes en oncologie des centres hospitaliers (2002) ..... 16

Tableau IV : Bilan du portrait : services en centres hospitaliers – unités de soins (2002) ..... 18

Tableau V : Bilan du portrait : médecins de cliniques médicales et de CLSC (2002) ..... 19

Tableau VI : Bilan du portrait : pharmaciens d'officine et de centres hospitaliers (2002) ..... 22

Tableau VII : Bilan du portrait : services en CLSC-CHSLD (2002) ..... 23

Tableau VIII : Besoins de soutien priorisés par les personnes touchées par la problématique du cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches (mai 2001) ..... 25

Tableau IX : Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 - Priorisation des objectifs généraux par ordre de réalisation ..... 29

Tableau X : Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007 - Priorisation des objectifs spécifiques ..... 30

Tableau XI : Réseau de services intégrés de lutte contre le cancer : structure organisationnelle régionale ..... 42

Tableau XII : Fonctions et rôles de l'infirmière pivot en oncologie ..... 48

Tableau XIII : Répartition du nombre requis d'infirmières pivots en oncologie ..... 50

Tableau XIV : Organigramme – Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi post-traitement ..... 51

Tableau XV : Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi post-traitement ..... 52

Tableau XVI : Estimation du financement requis à l'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer 2004-2007 ..... 57

Tableau XVII : Estimation de la charge de travail des infirmières pivots en oncologie de la région de la Chaudière-Appalaches ..... (Réf. : Annexe VIII)

Tableau XVIII : Répartition du nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer par bassin de desserte hospitalière, région Chaudière-Appalaches..... *(Réf. : Annexe VIII)*

Tableau XIX : Heures totales consacrées par l'infirmière pivot en oncologie auprès de l'usager atteint du cancer et ses proches ainsi que pour les autres interventions connexes ..... *(Réf. : Annexe VIII)*

Tableau XX : Estimation du nombre requis d'infirmières pivot en oncologie ..... *(Réf. : Annexe VIII)*

Figure 1 : Représentation de la région de la Chaudière-Appalaches par territoire de MRC et par territoire sous-régional.....3

Figure 2 : Programme régional de lutte contre le cancer – Accessibilité des services populationnels : mandat régional et activités locales.....43

Figure 3 : Programme régional de lutte contre le cancer - Accessibilité en oncologie : mandats régional et local en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés .....44

Figure 4 : Programme régional de lutte contre le cancer – Accessibilité en oncologie : mandats régional et local des équipes interdisciplinaires .....45

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---|---|
| ADRLSSSS[2] | Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux |
| A-R-S-S | Adaptation-Réadaptation-Soutien-Soins de fin de vie |
| ASBL | Association sans but lucratif |
| CA | Conseil d'administration |
| CCLCQ | Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec au ministère de la Santé et des Services sociaux |
| CCSR | Centre de coordination des services régionaux pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| CDD | Centre de dépistage désigné pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| CHBE | Centre hospitalier Beauce-Etchemin |
| CHRA | Centre hospitalier de la région de l'Amiante |
| CHSGS | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| CHSLD | Centre d'hébergement de soins de longue durée |
| CIR | Commission infirmière régionale |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CMDP | Comité des médecins, dentistes et pharmaciens |
| CMR | Commission médicale régionale |
| CMUR | Commission multidisciplinaire régionale |
| CQLC | Conseil québécois de lutte contre le cancer |
| CRDDG | Comité régional des directrices et directeurs généraux |
| CRID | Centre de référence pour investigation désigné pour le Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| CRLC | Comité régional de lutte contre le cancer |
| DG | Directeur général |
| DOSAMU | Direction de l'organisation des services et des affaires médicales et universitaires (L'Agence) |
| DRFMI | Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (L'Agence) |

[2] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches remplace l'ancienne appellation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.

| | |
|---|---|
| DRMG | Département régional de médecine générale |
| DSI | Directeur des soins infirmiers |
| dsp | Directeur des services professionnels |
| DSP | Direction de santé publique (L'Agence) |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| FMOQ | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec |
| FMSQ | Fédération des médecins spécialistes du Québec |
| HDL | Hôtel-Dieu de Lévis |
| HDM | Hôtel-Dieu de Montmagny |
| HDQ | Hôtel-Dieu de Québec |
| I-D-T | Investigation-Diagnostic-Traitements |
| INSPQ | Institut national de santé publique du Québec |
| MRC | Municipalité régionale de comté |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| PDRH | Plan de développement des ressources humaines |
| PNSP | Programme national de santé publique |
| P-P-D | Promotion-Prévention-Dépistage |
| PAL | Plan d'action local en santé publique |
| PAR | Plan d'action régional en santé publique |
| PQDCS | Programme québécois de dépistage du cancer du sein |
| PQLC | Programme québécois de lutte contre le cancer |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RSI | Responsable des soins infirmiers |
| RTSS | Réseau de télécommunications sociosanitaire |
| RUIS | Réseau universitaire intégré de santé |
| SAD | Soutien à domicile |
| SGDRH | Secrétariat général et direction des ressources humaines |

# INTRODUCTION

Le Programme régional de lutte contre le cancer (PRLC) de la région de la Chaudière-Appalaches comporte différentes étapes de réalisation. Parmi celles déjà complétées, citons la mise sur pied d'un comité régional de lutte contre le cancer (CRLQ) en avril 2001 et le dépôt du portrait régional[3] en avril 2002. Depuis, l'identification et la priorisation d'objectifs organisationnels à mettre en place pour réaliser l'intégration des interventions en matière de lutte contre le cancer ont fait l'objet de travaux particuliers jusqu'à ce jour.

Le présent document a été validé par le comité régional de lutte contre le cancer. Il vise à rappeler, dans une version simplifiée, les grands principes et les divers éléments et paramètres organisationnels décrits au document : *Programme québécois de lutte contre le cancer, formons équipe*[4], lesquels principes permettent d'établir le lien avec l'implantation d'un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches. D'autres travaux plus récents, diffusés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), portant sur le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches ont également inspiré l'élaboration de ce document.

Au plan du contenu, le document présente, en contexte, les particularités de la région de la Chaudière-Appalaches et les assises du PRLC. Suivent les points saillants de l'état de situation régional, le plan d'action régional 2004-2007 ainsi que le bilan des consultations régionales. Au chapitre des éléments favorisant une plus grande intégration des interventions, le modèle de structure introduit les paramètres organisationnels qui sous-tendent l'implantation des équipes dédiées, l'implantation des infirmières pivots et le cheminement clinique de la personne atteinte du cancer.

Finalement, diverses conditions essentielles et facilitantes à la réalisation harmonieuse de l'implantation du PRLC sont énoncées.

---

[3] GAGNÉ, DENISE, LECHASSEUR, JEANNINE, DROLET, MARIE-JOSÉE. *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12) Portrait régional*, Sainte-Marie, RSSS de Chaudière-Appalaches, DOSAMU, Avril 2002, 180 p.

[4] QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité consultatif sur le cancer. Programme québécois de lutte contre le cancer. *Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec, Octobre 1997, 185 p.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 PROFIL DE LA REGION ET ORGANISATION DE SERVICES

### *1.1.1 Territoire*

La région de la Chaudière-Appalaches est située sur la rive sud du Saint-Laurent face à la région de Québec. Bordée à l'est par la région du Bas Saint-Laurent, au sud par la frontière américaine et à l'ouest par les régions de l'Estrie et du Centre-du-Québec, elle occupe une superficie de 15 118 $km^2$.

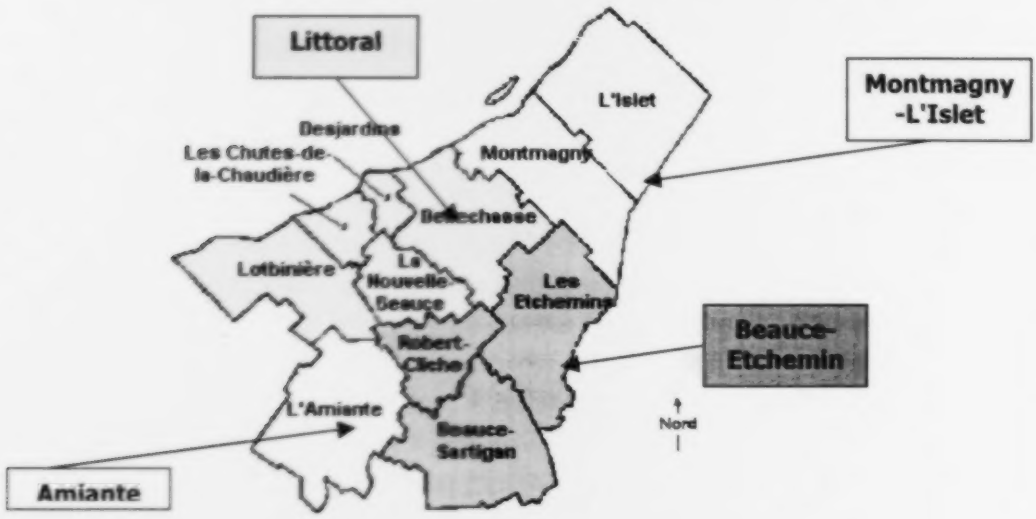
La population est répartie dans 143 municipalités, soit neuf municipalités régionales de comté (MRC) et une ville, Lévis, qui fait partie de la communauté métropolitaine de Québec. Géographiquement, la région de la Chaudière-Appalaches se divise en quatre sous-régions, soit :

- La sous-région de l'Amiante comprend la MRC de l'Amiante et un centre hospitalier, soit le Centre hospitalier régional de la région de l'Amiante, situé à Thetford Mines;
- La sous-région de Beauce-Etchemins comprend les MRC de Beauce-Sartigan, des Etchemins et de Robert-Cliche et un centre hospitalier, soit le Centre hospitalier Beauce-Etchemin, situé à Saint-Georges;
- La sous-région du Littoral comprend les MRC de Bellechasse, de Nouvelle-Beauce et de Lotbinière ainsi que la ville de Lévis et un centre hospitalier, soit l'Hôtel-Dieu de Lévis, situé à Lévis;
- La sous-région de Montmagny-L'Islet comprend les MRC de Montmagny et de L'Islet et un centre hospitalier, soit l'Hôtel-Dieu de Montmagny, situé à Montmagny.

La Figure 1 illustre la région de la Chaudière-Appalaches selon les quatre sous-régions y compris les MRC.

Par ailleurs, dans la région, 56,1 % de la population vit en milieu urbain alors que 43,9 % vit en milieu rural. Au Québec, ces proportions sont de 78 % en milieu urbain et 22 % en milieu rural. La ville de Lévis et, dans une moindre proportion les MRC de L'Amiante et de Beauce-Sartigan, peuvent être considérées à prédominance urbaine. Pour les sept autres MRC de la région, c'est le milieu rural qui prédomine.

**FIGURE 1**
***Représentation de la région de la Chaudière-Appalaches[5] par territoire de MRC et par territoire sous-regional***




*Production : RRSSS Chaudière-Appalaches, DSPPE (CSRE), 2001*
*Tiré de Annie Bourassa. Mammographies de dépistage, mai 1998 à juin 2000, région de la Chaudière-Appalaches, volet 1, 2001, p. 27.*

## *La population*

La population de la région de la Chaudière-Appalaches en 2001 est estimée à 391 837 habitants et elle représente 5,3 % de la population québécoise. Ce nombre est en croissance puisqu'en 1996, on évaluait la population à 386 841 personnes, soit une augmentation d'environ 3 % depuis 1991.

## *Les employés*

Environ 10 000 employés et 400 personnes cadres oeuvrent dans les divers établissements du réseau de la santé en Chaudière-Appalaches. On estime également que la région compte plus de 2 000 bénévoles membres des conseils d'administration des établissements et des organismes communautaires. Quant aux médecins, près de 350 omnipraticiens et 200 médecins spécialistes sont installés dans la région et neuf groupes de médecine de famille (GMF), bientôt

[5] Depuis le 1er janvier 2002, les municipalités des MRC Desjardins et Chutes-de-la-Chaudière forment désormais une seule et même ville : Lévis. L'entité MRC ne s'applique plus sur cette portion de notre territoire.

un dixième, sont implantés sur le territoire. Finalement, au-delà de 100 pharmaciens propriétaires et 12 compagnies ambulancières contribuent également aux services dans l'ensemble de la région.

*Les établissements de santé*

Dans la région, on dénombre vingt établissements publics et cinq établissements privés. L'Agence est responsable de l'élaboration, de l'implantation, du suivi et de l'évaluation du Programme régional de lutte contre le cancer. La Direction de santé publique a pour mandat spécifique les services de promotion de la santé, de la prévention et du dépistage du cancer (comme le Programme québécois de dépistage du cancer du sein), lesquels sont d'ailleurs sous l'autorité du directeur de santé publique.

Les différents établissements concernés par la lutte contre le cancer sont les quatre centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), les 11 centres locaux de services communautaires (CLSC) dont huit détiennent une mission CLSC-CHSLD, les deux centres d'hébergement de longue durée publics et les cinq établissements d'hébergement de longue durée privés-conventionnés. Dans une moindre mesure, les Centres jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA), le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) et le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) peuvent être également impliqués.

De plus, on retrouve dans la région de la Chaudière-Appalaches au-delà de 1989 places en ressources de type familial et 428 places en pavillons, toutes clientèles confondues.

La Maison Catherine-de-Longpré offre des services de soins palliatifs de fin de vie ainsi que des services d'hébergement temporaire pour la clientèle atteinte du cancer. Depuis 1998, un protocole d'entente financier et clinique existe entre l'organisme et le CLSC Beauce-Sartigan, mandataire du programme de services et de soins palliatifs dans la communauté des MRC de Beauce-Sartigan, Robert-Cliche et des Etchemins. Avec ses huit lits d'hébergement, cette ressource est intégrée au réseau des services de santé et des services sociaux des territoires concernés.

*Associations sans but lucratif*

La région compte près de 190 organismes communautaires reconnus par le Programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Parmi ceux-ci, neuf organismes oeuvrent plus spécialement auprès de personnes atteintes du cancer ou leurs proches, dont sept auprès des femmes atteintes du cancer du sein ou en attente de diagnostic et leurs proches.

Par ailleurs, deux autres organismes non reconnus par le SOC œuvrent également auprès des personnes atteintes du cancer, soit un dans la sous-région de L'Amiante et un autre dans la région de Beauce-Etchemins, ce dernier étant dédié spécifiquement aux enfants.

La mission respective principale de ces organismes concerne le soutien et l'accompagnement aux personnes atteintes et aux proches. Un autre organisme en Nouvelle-Beauce offre accompagnement/transport et soutien en fin de vie.

De plus, la région compte huit entreprises d'économie sociale dont sept couvrent une MRC et la huitième, une ville et deux MRC. En collaboration avec les CLSC, ces entreprises oeuvrent en aide à domicile, précisément pour des services d'activités de vie domestique (AVD).

D'autres organisations reconnues au plan national interviennent également sur notre territoire, particulièrement pour des services de soutien téléphonique (ligne sans frais), aide financière et matérielle, documentation, etc. Il s'agit de la Fondation québécoise du cancer et de la Société canadienne du cancer.

Finalement, les personnes peuvent également avoir accès au soutien téléphonique du Service d'Écoute, de Référence et d'Information (S.E.R.I.) présent dans la région.

*Le comité régional de lutte contre le cancer*

Le comité régional a été mis en place en mai 2001. Ce comité comprend 17 membres en provenance de divers établissements de santé et d'organismes communautaires oeuvrant dans le domaine du cancer y compris un représentant des personnes atteintes. De plus, une représentation territoriale a été considérée pour la composition du comité. Le mandat du comité, tel que décrit dans le PQLC, est rapporté à l'Annexe I du document.

## 1.2 ASSISES DU PROGRAMME REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

### *1.2.1 Programme québécois de lutte contre le cancer*

Le PRLC prend assise sur le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). Conséquemment, le programme régional s'inspire des grands paramètres organisationnels du PQLC en vue de produire une version régionale adaptée, tel que l'adressait le gouvernement dans un mandat aux Régies régionales en novembre 2000.

### *1.2.2 Fondements du programme régional*

Les fondements du PRLC sont issus du PQLC. Ils se définissent dans les termes suivants :

*Buts*

- Lutter efficacement contre le cancer;
- Mieux faire face à l'augmentation de la demande en soins et en services.

*Objectifs généraux*

- Réduire le taux de mortalité par cancer ainsi que les coûts directs et indirects engendrés par cette problématique;
- Rapprocher les services le plus près possible des gens, tout en concentrant l'expertise grâce à un fonctionnement en réseau.

*Clientèles*

- Population en général;
- Individu atteint du cancer, incluant ses proches;
- Individu en phase palliative de fin de vie;
- Contribution d'intervenants.

*Principes de base*

- Approche globale;
- Soins et services centrés sur la personne :
  - *Respect de la personne et de son autonomie;*
  - *Bienfaisance et non malfaisance;*
  - *Équité.*
- Qualité des services :
  - *Pertinence, Efficacité et Efficience.*

### *1.2.3 Composantes théoriques*

Les principales composantes qui sous-tendent l'organisation des soins et des services intégrés en matière de lutte contre le cancer ont été largement décrites dans le PQLC.

Ces composantes constituent les bases théoriques à l'élaboration du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007. Elles intègrent des dimensions relatives à l'accessibilité, la continuité, la complémentarité, la coordination, le suivi et la qualité des services ainsi que la communication et l'information. De plus, ces composantes constituent dans leur application, des moyens ou mécanismes essentiels à l'intégration dont le but vise à assurer une réponse adéquate aux besoins et aux attentes de la population, des personnes à risque, des personnes atteintes et de leurs proches. Parmi les principales composantes, notons :

- **Continuum de services :** réfère aux différents volets d'intervention du PQLC, c'est-à-dire : Promotion, Prévention, Dépistage, Diagnostic, Investigation, Traitements, Adaptation, Réadaptation, Soutien, Soins palliatifs et Soins de fin de vie. Ces volets sont inter reliés dans la trajectoire de soins et de services.

En Chaudière-Appalaches, la Promotion, la Prévention et le Dépistage font l'objet d'objectifs spécifiques au Plan d'action régional de Santé Publique (PAR) 2004-2007. Ces volets s'adressent d'une part à la population en général, à la population à risque et aux personnes en attente de diagnostic lors du dépistage du cancer du sein avec le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Plusieurs objectifs relèveront du mandat de l'équipe régionale d'intervention auprès de la population.

L'Investigation, les Traitements, l'Adaptation, la Réadaptation, le Soutien, les Soins palliatifs et les Soins de fin de vie sont des volets touchant davantage les services aux personnes atteintes du cancer[6]. Dans notre région, lors de l'implantation du PRLC, ces volets relèveront du mandat des quatre équipes interdisciplinaires locales et régionale en oncologie et, au besoin, à des mandats des équipes interdisciplinaires suprarégionales hors région.

- **Interdisciplinarité :** réfère, de par sa définition, à un : « regroupement de plusieurs intervenants ayant une formation, une compétence ainsi qu'une expérience spécifique et qui travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire des tâches[7] ».

Le travail en interdisciplinarité suppose non seulement une appropriation de l'approche mais également la mise en place de moyens concrets pour favoriser la tenue de réunions et permettre les échanges et le partage des expertises au regard de situations particulières ou complexes des clientèles.

L'atteinte de tels d'objectifs feront parties intégrante des mandats de l'équipe régionale d'intervention auprès de la population et des équipes interdisciplinaires locales et régionale en oncologie.

- **Qualité :** réfère à toutes notions ou activités touchant l'amélioration de la qualité des soins et des services particulièrement : la formation, la gestion de la qualité, la surveillance, l'évaluation et la recherche. Diverses données ou informations sur la qualité des services, dont les indicateurs et les modalités spécifiques de gestion, restent à être définis par le MSSS. Elles permettront de dresser un bilan de la lutte contre le cancer dans toutes les régions du Québec.

- **Communication et Information :** réfèrent à des ententes ou protocoles formels entre les établissements ou organisations aux plans local, régional et suprarégional ainsi qu'à des mécanismes et outils formels de transmission d'information entre les divers partenaires. La systématisation de corridors de services aura un impact positif sur l'accessibilité et la continuité dans les investigations et les traitements en oncologie. Quant au dossier usager informatisé, il demeure encore à l'état de projet au MSSS et n'est pas encore développé dans la région.

---

[6] Toutefois, l'organisation des services en soins palliatifs et en soins de fin de vie font parties d'orientations qui s'adressent à tout usager, peu importe sa pathologie.

[7] HÉBERT, R. (1997) cité dans : *Comité de soutien à la qualité du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).* Le fonctionnement interdisciplinaire dans le cadre de l'investigation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001, 169 p.

▸ **Intervenant pivot :** désigne une *personne de référence stable* et accessible auprès de la personne atteinte du cancer et de ses proches. Au Québec, un consensus se dégage auprès des différents comités de travail pour désigner une infirmière à titre d'intervenant pivot auprès de la clientèle atteinte du cancer. Les membres du comité régional de lutte contre le cancer de Chaudière-Appalaches se sont aussi positionnés en faveur du titre d'emploi d'infirmière pivot.

## 1.3 RESEAU DE SERVICES INTEGRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN CHAUDIERE-APPALACHES

En matière de lutte contre le cancer, à l'automne 2000, les régies régionales ont reçu du MSSS les mandats suivants :

- Adapter le PRLC à partir du PQLC;
- Implanter un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer qui gravite autour des quatre composantes organisationnelles :
  - *Planification;*
  - *Suivi clinique et circulation de l'information;*
  - *Organisation des services;*
  - *Maintien et évolution de la qualité.*

  et qui s'articule autour d'un continuum de services au regard des volets d'interventions :
  - *Promotion-Prévention-Dépistage;*
  - *Investigation-Diagnostic-Traitements;*
  - *Adaptation-Réadaptation-Soutien;*
  - *Soins palliatifs et Soins de fin de vie.*

Le modèle de réseau de services intégrés de Chaudière-Appalaches s'inspire de ces quatre composantes :

▸ **Planification** : réfère au mandat respectif de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches et au mandat du Comité régional de lutte contre le cancer (Annexe 1) en matière de planification du PRLC. La mise en place du comité régional de lutte contre le cancer (avril 2001), le dépôt du portrait régional (avril 2002) ainsi que l'élaboration du PRLC incluant le Plan d'action 2004-2007 (avril 2004) comptent parmi les étapes déjà réalisées. La prochaine étape, l'implantation du PRLC, se réalisera dès que le MSSS aura adopté le plan d'action régional et consenti des crédits de développement et de consolidation des services.

Dans la poursuite de ces travaux, une instance du MSSS, le Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ), agit en soutien auprès des Agences.

- **Organisation des services** : réfère à la structure organisationnelle des services. Dans la région, trois types d'équipes seront créées. Il s'agit de l'équipe régionale d'intervention auprès de la population (Annexe II) et des équipes interdisciplinaires régionale (Annexe III) et locales (Annexe IV) en oncologie. Les équipes interdisciplinaires suprarégionales en oncologie (Annexe V) sont associés à des établissements hors de la région de Chaudière-Appalaches et seront désignées éventuellement par le MSSS.

La hiérarchisation de ces équipes est fonction de leur mandat respectif en matière d'expertise, et non en matière d'autorité. Finalement, la reconnaissance de ces équipes sera soutenue par le MSSS selon un processus formel de désignation et en fonction de critères et dispositions précises à venir.

- **Systématisation du suivi clinique et de la circulation de l'information** : réfère aux notions d'infirmière pivot et de corridors de services. Des ententes et mécanismes formels de transmission d'information seront convenus entre les divers établissements et partenaires. Un des objectifs du Plan d'action régional 2004-2007 est de créer des postes d'infirmières pivots dans les CHSGS et les CLSC, et ce, dans le but d'assurer à l'usager le soutien, la continuité de services ainsi que la coordination du suivi, dès l'annonce du diagnostic de cancer.

- **Maintien et évolution de la qualité** : réfèrent aux éléments touchant la révision régionale des pratiques, les programmes de formation, l'agenda de recherche et le réseau d'essais thérapeutiques. Au plan régional, l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie détiendra un mandat particulier à cet égard, considérant également les liens que cette équipe établira avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval. Au plan national, le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) est responsable de donner des avis au Ministre sur des questions de maintien et d'évolution de la qualité.

Les quatre composantes du futur réseau de services intégrés de lutte contre le cancer dans notre région sont illustrées dans le tableau suivant.

**TABLEAU I**
***Composantes du réseau de services intégrés de lutte contre le cancer de la région de la Chaudière-Appalaches***

| Planification | Organisation des services | Suivi et circulation de l'information | Maintien et évaluation de la qualité |
|---|---|---|---|
| Comité régional de lutte contre le cancer<br><br>PRLC :<br><br>• Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007<br><br>CCLCQ[8] | Une équipe régionale d'intervention auprès de la population<br><br>Une équipe interdisciplinaire régionale (et locale) en oncologie à HDL<br><br>Trois équipes interdisciplinaires locales en oncologie aux CHBE, CHRA et HDM | Infirmières pivots en CHSGS et CLSC<br><br>Corridors de services<br><br>Dossier oncologique (lorsque disponible au plan provincial) | Révision régionale des pratiques, maintien des compétences<br><br>Programme de formation continue<br><br>Agenda de recherche<br><br>Réseau d'essais thérapeutiques<br><br>CQLC[9] |

Ces composantes sont intégrés dans les objectifs du Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007. Ce plan d'action comporte également des objectifs reliés aux préoccupations de tous les intervenants, les usagers et les proches ayant collaborés à l'état de situation régionale. Le chapitre suivant présente un bilan de ces préoccupations. (Réf. : Chapitre 2).

## 2. POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION

### 2.1 BILAN DU PORTRAIT

Tel qu'il a été mentionné précédemment, le portrait régional a été déposé en avril 2002. Rappelons que les données issues du portrait régional ont été collectées à l'aide de six questionnaires adressés à autant de groupes distincts et à partir d'une étude des besoins de soutien auprès de trois groupes : les personnes atteintes, les proches de personnes atteintes ainsi que les intervenants (professionnels et bénévoles) impliqués dans la problématique du cancer et des soins de fin de vie.

[8] Centre de coordination de lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ): il élabore et approuve les orientations au regard de la lutte au cancer au Québec, les priorités et les plans d'action en découlant. Il supporte également les régies régionales, devenues les Agences, dans la mise en œuvre de leur plan d'action.

[9] Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) : son mandat consiste à fournir des avis au Ministre de la santé, en particulier sur les enjeux liés aux besoins des usagers, à l'organisation des services, aux critères de qualité et à l'évolution des pratiques en oncologie. Il fait également la promotion de la lutte contre le cancer en favorisant le transfert des connaissances et la diffusion de l'information.

De plus, trois groupes de discussion « focus groups », adressés aux personnes atteintes et aux proches, ont permis de valider et de prioriser les besoins recueillis dans l'étude.

Les tableaux II à VII sont tirés du portrait régional de lutte contre le cancer (2002). Ils font état des points forts et des points faibles identifiés à la suite de l'analyse des six questionnaires, soit les médecins des quatre centres hospitaliers (tableau II) via leurs directeurs des services professionnels, les cliniques externes en oncologie des centres hospitaliers (tableau III), les services en centres hospitaliers (unité de soins) (tableau IV), un échantillon de médecins de cliniques médicales et de CLSC (tableau V), les services en CLSC-CHSLD (tableau VI) ainsi qu'un échantillon de pharmaciens d'officine et de pharmaciens des quatre centres hospitaliers (Tableau VII). Finalement, le tableau VIII répertorie les besoins de soutien qu'ont priorisés les personnes touchées par la problématique du cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches.

## TABLEAU II
## *Bilan du portrait : médecins de centres hospitaliers (2002)*

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Promotion-prévention*** | La majorité des facteurs de risque reliés au cancer sont abordés, principalement le tabac, l'alimentation, l'obésité et l'alcool.<br>Dans le cadre de l'examen médical, les médecins font la promotion de saines habitudes de vie et de la prévention pour les cancers du col, du sein, du poumon, de la peau, du côlon-rectum et de la prostate. | L'information est transmise davantage verbalement que de façon écrite. Peu de références à d'autres professionnels ou établissements sont effectuées.<br>Les professionnels sont peu informés sur les activités et services offerts en promotion-prévention dans leur région. |
| ***Dépistage*** | Lors de l'examen médical, le dépistage des cancers du col, du sein, du poumon, du côlon-rectum et de la vessie prostate est effectué (dépistage opportuniste).<br>Forte participation au PQDCS dans la région. | Dans 2/4 CHSGS, les médecins considèrent que les recommandations en matière de dépistage sont parfois contradictoires ou différentes pour un même cancer selon les diverses sources. |
| ***Investigation-diagnostic*** | Dans tous les CHSGS, l'évaluation de la maladie, la pose du diagnostic, la détermination du diagnostic et la mesure de l'étendue de la maladie sont effectuées pour la plupart des cancers. | Seule l'investigation de base est réalisée pour les cancers pédiatriques. Trois des quatre CHSGS font seulement l'investigation de base pour les cancers du poumon.<br>La confirmation du diagnostic (classification histologique, stades et grades cliniques) est effectuée dans la moitié des CHSGS de la région<br>Confirmation diagnostique experte : un CHSGS sur quatre offre tous les services (examens spécialisés, spécialistes) les autres offrent des services partiels. |
| ***Procédures diagnostiques*** | La plupart des procédures diagnostiques sont pratiquées dans l'ensemble des CHSGS pour tous les types de cancer. | Résonance magnétique dans 2/4 CHSGS seulement<br>Un des quatre CHSGS n'a pas de tomodensitomètre, ni de scintigraphie.<br>L'immunophénotypage, la cytogénétique, la biologie moléculaire se font hors région. |
| ***Traitements à visée curative*** | Chirurgie : La plupart des chirurgies sont effectuées dans chaque CHSGS, sauf pour les chirurgies complexes ou expérimentales et celles pour des cancers spécifiques ou rares (pédiatriques, encéphale, foie, ovaire, vulve, vagin). | Un CHSGS sur quatre offre l'expertise d'une équipe d'hémato-oncologues toujours sur place. Répartition inégale des services rendus sur le territoire.<br>Aucun CHSGS ne possède une unité de réanimation |

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| | Chimiothérapie : Tous les CHSGS administrent des traitements de chimio simple ou complexe selon les protocoles établis pour tous les types de cancer sauf cancer de la tête et du cou (2/4 CHSGS).<br>Traitements expérimentaux de chimio (protocole de recherche) dans un CHSGS de la région.<br>Les médecins assurent le suivi des usagers en chimio à 95 % ou 100 %. | hématologique pour la chimiothérapie myéloaplasiante<br>Faits hors région : chimiothérapie intensive avec réinfusion de cellules souches, collecte par aphérèse, greffe de moelle osseuse, aphérèse thérapeutique.<br>Les chirurgies du poumon sont effectuées dans un des quatre CHSGS. Les trois autres CHSGS réfèrent hors région.<br>Traitements de radiothérapie hors région (HDQ). |
| ***Traitements palliatifs*** | La plupart des traitements sont effectués dans les quatre CHSGS sauf pour la radiothérapie palliative et certains traitements très spécialisés pour certains cancers (exemple : prothèse endobronchique et traitement au laser pour cancer du poumon). | |
| ***Adaptation-Réadaptation-Soutien*** | L'évaluation des besoins, la réadaptation pour stomie, les services d'orthophonie, de physiothérapie et de physiothérapie respiratoire sont les activités d'adaptation et de réadaptation réalisées dans tous les CHSGS. De l'aide est également apportée aux usagers atteints du cancer de la prostate. Activités surtout pour les adultes.<br>Bonne collaboration avec les médecins des cliniques privées pour le suivi à domicile, avec les CLSC, les organismes communautaires et autres (exemple : Société canadienne du cancer). | Peu d'activités de soutien sont réalisées tant pour la clientèle adulte que pédiatrique. La possibilité pour l'usager et ses proches de bénéficier d'un soutien psychologique, social et spirituel est rare.<br>Délai d'acessibilité en orthophonie (1/4 CHSGS).<br>Peu d'activités d'adaptation, réadaptation pour les enfants (peu de cas). |
| ***Soins palliatifs*** | La plupart des soins palliatifs sont effectués dans tous les CHSGS. | Expertise en soulagement de la douleur et de la détresse respiratoire (3/4 CHSGS) et techniques spécialisées pour le soulagement des douleurs hépatiques (1/4 CHSGS). |
| ***Continuité-Accessibilité*** | Délais de retour d'information suite à une demande de consultation inférieure à trois semaines.<br>Peu de problème lors de référence entre établissements même s'il y a peu d'ententes formelles. Les problèmes concernent la prise en charge et la quantité et qualité de l'information.<br>Pas de difficulté rencontrée concernant les références aux | Lacune au niveau de la coordination entre les divers intervenants.<br>Manque d'information minimale à recevoir sur la condition de l'usager.<br>Peu d'information en cours de traitement pour les usagers et les médecins.<br>Problème de délai de prise en charge lors de référence au |

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| | pharmaciens et aux organismes communautaires. | CHSGS de la région et au CLSC. |
| ***Gestion de la qualité*** | Dans chaque CHSGS, comité relié à l'évaluation de l'acte médical et comité relié à l'agrément. | Peu d'activités de contrôle de la qualité reliées à la cancérologie. |
| ***Connaissance du PQLC*** | | Peu de connaissance du PQLC. |

**AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES**

- Les principaux souhaits évoqués concernent la transmission de l'information, les ressources, le travail d'équipe et le soutien aux personnes atteintes et à leurs proches.
- Meilleur transfert de l'information :

  Les divers professionnels souhaitent recevoir plus d'information de la part des spécialistes pour éviter les répétitions. Ils désirent que la continuité en oncologie soit assurée par les hémato-oncologues avec l'usager, le médecin de famille, les spécialistes et l'équipe en oncologie à l'interne.
- Plus de ressources et d'activités de soutien :

  Les répondants souhaitent une meilleure répartition des spécialités pour l'investigation et le traitement des usagers, des lits d'hébergement ainsi que du soutien pour les usagers en préterminal. En CHSGS, ils souhaitent que les lits palliatifs soient regroupés et réservés, qu'il y ait un endroit pour rencontrer les personnes atteintes et leurs proches. Ils expriment également le désir que les activités de soutien psychosocial et spirituel soient mieux organisées. D'après eux, on devrait répondre à des besoins clientèles plutôt que politiques. Ils souhaitent avoir davantage de disponibilité pour ces usagers.
- Meilleure équipe de travail :

  Renforcer les liens entre les oncologues, les autres professionnels et l'équipe en oncologie, faire en sorte que l'usager soit suivi le plus possible par le même hémato-oncologue et qu'il y ait une permanence des hémato-oncologues dans la région.

## TABLEAU III
## *Bilan du portrait : cliniques externes en oncologie des centres hospitaliers (2002)*

| INTERVENTION | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Traitements*** | Peu de délai pour la chimiothérapie<br>Accès à des traitements de chimiothérapie (mandat de base) | Radiothérapie non disponible dans la région<br>Accessibilité inégale à des ressources humaines et matérielles dans la région<br>Cancers chez les enfants traités hors région<br>Accessibilité inégale à des services de consultation (3 CHSGS)<br>Disponibilité restreinte hémato-oncologues pour 3 des 4 CHSGS |
| ***Adaptation-Réadaptation-Soutien*** | Références vers les organismes communautaires (3 CHSGS) | Volet psychosocial (au profit du volet clinique)<br>Pas d'équipe multidisciplinaire<br>Pas d'entente formelle |
| ***Accessibilité Continuité*** | Rétention clientèle<br>Milieu facilitant pour travail d'équipe à HDM | Faible rétention de clientèle à HDM pour la chimiothérapie : présence d'un hémato-oncologue 7 heures aux 8 semaines.<br>Suivi morcelé (itinérance de 8 hémato-oncologues sur le territoire). L'usager ne voit pas souvent le même spécialiste<br>Plan de traitement diffère selon les oncologues<br>Inconfort des membres à assurer le suivi (manque de concertation et de support)<br>Manque de communication avec les hémato-oncologues<br>Absence de rencontre d'équipe<br>Fonctions restreintes de l'équipe<br>Communications non standardisées lors des références ou transferts<br>Absence d'entente formelle entre les cliniques externes en oncologie |
| ***Ressources matérielles et installations*** | | Locaux insuffisants ou non fonctionnels<br>Équipements manquants ou désuets |

| INTERVENTION | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| **AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES** | | |
| • Améliorer les communications avec les partenaires<br>• Favoriser le travail en équipe et une meilleure répartition des hémato-oncologues sur le territoire.<br>• Augmenter le personnel<br>• Améliorer les installations physiques et les équipements | | |

## TABLEAU IV
### *Bilan du portrait : services en centres hospitaliers - unités de soins (2002)*

| INTERVENTIONS | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Adaptation-Réadaptation-Soutien*** | | Pas de structure organisée de soutien<br>Implication de bénévoles (sauf un CHSGS)<br>Hospitalisation prolongée de certains usagers par manque de ressources en 1re ligne |
| ***Accessibilité Continuité*** | Service de consultation facilité : délai moins de 10 jours<br>Délai d'hospitalisation : dans les 24 heures ou dès que lit disponible lors de transfert hospitalier | Pas d'équipe de soins palliatifs formelle avec réunions régulières (sauf un CHSGS)<br>Pas d'équipe en oncologie (sauf un CHSGS)<br>Pas de système de liaison formel pour cette clientèle<br>Échanges et discussions de cas informels et non réguliers |
| ***Ressources humaines, matérielles et financières*** | Disponibilité des médicaments | Difficulté à dénombrer les effectifs<br>Difficulté à dénombrer le nombre de lits et le taux d'occupation (sauf HDL)<br>Répartition des coûts non disponible<br>Écart budgétaire relié principalement au coût des médicaments<br>Peu de lits réservés à cette clientèle<br>Problème d'espace pour rencontre individuelle avec l'usager<br>Problème d'espace pour accueillir les bénévoles, les proches et certains intervenants |

**AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES**

- Créer une unité de soins palliatifs;
- Financement en fonction des besoins identifiés;
- Avoir des équipes dédiées à l'oncologie et formaliser les équipes de soins palliatifs en CHSGS;
- Aménagement des locaux;
- Faciliter les contacts téléphoniques et l'accessibilité aux bénévoles;
- Développer en 1re ligne des « places » d'hébergement temporaire à moyen terme (3-6 mois).

## TABLEAU V
## *Bilan du portrait : médecins de cliniques médicales et de CLSC (2002)*

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Promotion-prévention*** | Sensibilisation (davantage verbale qu'écrite) aux facteurs de risque reliés au cancer. | Peu de références à d'autres professionnels et établissements pour des activités de promotion-prévention en lien avec ces facteurs de risque.<br>Peu informés des activités et services offerts en promotion-prévention sur leur territoire. |
| ***Dépistage*** | Lors de l'examen médical, les médecins réalisent des activités de dépistage pour les cancers du col, sein, peau, côlon, prostate surtout. | Ils considèrent que les recommandations en matière de dépistage sont parfois contradictoires ou différentes selon les diverses sources pour un même type de cancer. |
| ***Investigation*** | L'investigation diagnostique est réalisée pour tous les types de cancer par les médecins de pratique privée et de CLSC. | Référence des usagers hors région pour investigation alors que les services sont disponibles en région.<br>Retour d'information absent ou tardif.<br>Délai d'attente entre le début de l'investigation et le diagnostic (1 à 6 semaines).<br>Lien de continuité-usager se perd entre investigation et diagnostic. |
| ***Traitements*** | Le suivi est généralement attribué au médecin de famille.<br>Accès privilégié pour cette clientèle. | Peu ou pas impliqués lors de traitements de chimio ou de radiothérapie sauf à Montmagny où la prise en charge par des omnipraticiens en oncologie est plus fréquente.<br>Manque d'information, de communication entre les divers professionnels. |
| ***Adaptation-réadaptation-soutien*** | Le soutien est inclus dans le suivi médical.<br>Ils réfèrent aux ressources du milieu. | Les médecins considèrent :<br>- Qu'ils ne sont pas suffisamment informés des traitements en cours de leurs usagers;<br>- Que le suivi de soulagement de la douleur est déficient;<br>- Qu'il y a méconnaissance des services et des ressources;<br>- Qu'il y a un manque d'information, de coordination et de soutien pour les usagers et les proches tout au long de l'investigation diagnostique et des traitements. |

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Soins palliatifs*** | | Les médecins font face à la limite des familles pour la prise en charge.<br>Manque d'intérêt, de disponibilité, inconfort des médecins traitants face au mourir à domicile et aux exigences cliniques.<br>Méconnaissance des protocoles de soins.<br>Absence de système formel de garde médicale. |
| ***Accessibilité et continuité*** | | Peu de retour ou retard d'information des hémato-oncologues.<br>Absence ou rareté des communications et suivi parallèle CHSGS et médecin traitant.<br>Font face à des listes d'attente pour le soutien social.<br>Retour de suivi rare en provenance des CLSC.<br>Pas de disponibilité de pharmacien en soirée ni de certains médicaments (s/c).<br>Contenu insuffisant d'information psychosociale.<br>Délai parfois long pour obtenir un lit à l'étage en CHSGS. |

**AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES**

- Promotion-prévention-dépistage :
  Disponibilité d'outils pédagogiques et documentaires;
  Formation et mise à jour des normes et recommandations et accès à ces dernières;
  Informer davantage la population.
- Investigation :
  Améliorer l'accès aux services.
- Traitements :
  Partenariat et communication avec les spécialistes afin d'augmenter les services dans la région d'appartenance des usagers;
  Instituer un système de prise en charge par les médecins de famille.

| | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| **AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES (SUITE)** | | |
| • Adaptation-réadaptation-soutien :<br>Occuper un rôle plus important dans le traitement et le suivi;<br>Définir des corridors de services fonctionnels;<br>Désigner un responsable du cheminement de l'usager;<br>Informatiser la transmission d'information au médecin traitant;<br>Coordination plus structurée des services par des rencontres multidisciplinaires;<br>Accès aux ressources;<br>Dispenser des formations médicales continues. | | |
| • Soins palliatifs :<br>Augmenter les services de soutien et de gardiennage;<br>Dédier un intervenant au dossier;<br>Parler d'équipe traitante plutôt que de médecin traitant;<br>Accorder des formations aux intervenants et bénévoles. | | |
| • Continuité :<br>Améliorer le délai et le retour d'information des CHSGS et des CLSC;<br>Consensus interétablissements pour les communications;<br>Systématiser le retour d'information;<br>Rendre accessible le dossier usager. | | |

## TABLEAU VI
## *Bilan du portrait : pharmaciens d'officine et de centres hospitaliers (2002)*

| INTERVENTIONS | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Promotion- Prévention-Dépistage*** | Facteurs de risque abordés (officine)<br>Méconnaissance des programmes | Facteurs de risque peu abordés (CHSGS) |
| ***Traitements*** | Consultants auprès des partenaires | Diversité, coût, disponibilité des médicaments ou substituts (officine)<br>Budget (CHSGS) |
| ***Adaptation-Réadaptation-Soutien*** | | Méconnaissance des services et des organismes<br>Approche aux usagers<br>Surcharge de travail influence temps d'enseignement |
| ***Accessibilité Continuité*** | Accès à un pharmacien 24/7 (CHSGS)<br>Membre de l'équipe de soins palliatifs (CHSGS) | Manque de temps pour l'enseignement si l'on considère l'état des connaissances, la capacité d'assimilation et la compréhension de l'usager<br>Absence d'entente formelle pour expertise<br>Aucun accès 24/7 (officine)<br>Accès aux demandeurs ou autres partenaires<br>Installation physique inadéquate (CHSGS)<br>Outils de communication non uniformes (officine)<br>Information rare ou incomplète en provenance de médecins traitants<br>Délai de retour d'information des médecins<br>Pas de contact du CHSGS lors du congé de l'usager (officine) |

**AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES**

- Affectation d'une personne responsable du cheminement de l'usager;
- Augmenter le budget du service (CHSGS);
- Lors du congé de l'usager du CHSGS, vérifier la disponibilité de certains médicaments à la pharmacie d'officine;
- Accessibilité, communication et collaboration entre les médecins et les pharmaciens;
- Connaissance du dossier usager au plan des données biopsychosociales à jour;
- Formation sur les services existants et sur l'approche aux usagers.

## TABLEAU VII
## *Bilan du portrait : services en CLSC-CHSLD (2002)*

| INTERVENTIONS | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| ***Promotion- Prévention-Dépistage*** | Tabac (5 types d'activités et programmes);<br>Alimentation (activités intégrées à d'autres programmes);<br>Environnement (programme amiante école);<br>Connaissance des programmes par les professionnels ;<br>Diététiste(s) dans chaque CLSC;<br>Suivi des femmes visées par le Programme de dépistage du cancer du sein au plan de la relance et du soutien des femmes atteintes du cancer du sein. | Méconnaissance des programmes par les auxiliaires/préposés;<br>Disparités du temps diététiste alloué (2 h à 63 h selon les CLSC). |
| ***Traitements*** | Administration de chimiothérapie 3/10 CLSC;<br>Tout autre traitement usuel pour le suivi à domicile. | Disponibilité protocoles de traitement. |
| ***Adaptation-réadaptation-Soutien*** | Approche globale de soins;<br>Notion d'équipe multidisciplinaire;<br>Suivi se poursuit lors du séjour de l'usager dans d'autres établissements (sauf CHSGS);<br>Formation s'adresse à l'équipe. | Pas d'intervenant ou d'équipe dédiée mais la même équipe est généralement affectée par secteur géographique;<br>Tenue de discussions de cas affectée par le surplus de tâches;<br>Manque de formation (mobilité de personnel, rareté des ressources);<br>Absence de garde médicale 24/7 dans 6/10 CLSC;<br>Absence de lits d'hébergement temporaire à moyen terme 3-6 mois. |
| ***Accessibilité Continuité*** | Délais de prise en charge<br><u>Soins palliatifs</u> :<br>- Accès privilégié, facilité;<br>- Délai prise en charge (immédiat si urgence, personnalisé);<br>- Services et soutien intensifiés en phase terminale;<br>- Garde soins infirmiers et sociale 24/7 dans 11/11 CLSC (Via Info-Santé);<br>- Lits soins palliatifs : 1 à 3 lits selon les CLSC;<br>- Délai d'attente lit soins palliatifs: moins de 3 semaines;<br>- Autre : Maison de soins de fin de vie : 8 lits. | Réception tardive ou absente des demandes de services;<br>Informations biopsychosociales incomplètes dans les demandes de service;<br>Absence de procédures de référence standardisées;<br>Éprouvent des difficultés de collaboration de la part de certains médecins;<br><u>Les CLSC perçoivent que les usagers</u> :<br>- Manquent de soutien à l'annonce du diagnostic ou lors des traitements;<br>- Reçoivent des informations succinctes ou fragmentées; |

| INTERVENTIONS | POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|---|---|---|
| | | - Manquent de ressources pour les diriger vers les services. |

**AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES**

- <u>Promotion-Prévention</u> :
  Ajout ressources humaines et financières
  Information et formation pour tous les intervenants
  Publiciser les services auprès de la population
  Outils d'information pour la clientèle
  Intégrer la prévention à l'approche clinique
- <u>Autres interventions</u> **:**
  Mieux identifier le rôle des intervenants
  Améliorer l'accessibilité médicale 24/7
  Améliorer la qualité et le contenu de l'information
  Améliorer les processus de communication, de référence et d'échange entre les établissements dès l'annonce du diagnostic
  Implanter une équipe territoriale pour harmoniser les échanges entre établissements et professionnels
  Implanter une vraie complémentarité
  Identifier un intervenant pivot ou de liaison
  Décentraliser l'oncologie palliative en CLSC
  Augmenter le soutien aux personnes et aux proches dès l'annonce ou attente du diagnostic
  Développer des lits d'hébergement temporaire à moyen terme 3-6 mois
  Consolider les services communautaires
  Améliorer la connaissance des services
  Allouer un budget spécifique pour cette clientèle, ressources professionnelles et équipements à domicile

## TABLEAU VIII

### *Besoins de soutien priorisés par les personnes touchées par la problématique du cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches (mai 2001)*

| | |
|---|---|
| ***PERSONNES ATTEINTES DU CANCER*** | |
| ***Besoins prioritaires*** | - Approche humaine et respectueuse de leurs droits;<br>- Respect de leur dignité et l'accompagnement;<br>- Organisation de services adaptées à leurs besoins et non l'inverse. |
| ***Insatisfaction*** | - Accompagnement;<br>- Aide financière transport, hébergement, fournitures. |
| ***PROCHES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER*** | |
| ***Besoins prioritaires*** | - Soutien compétent aux proches;<br>- Prévention de l'épuisement physique et psychologique;<br>- Respect des valeurs. |
| ***Insatisfaction*** | - Prévention de l'épuisement physique et psychologique;<br>- Soutien. |
| ***INTERVENANTS, PROFESSIONNELS ET BÉNÉVOLES*** | |
| ***Besoins prioritaires*** | - Communications entre les établissements et les organismes communautaires; |
| ***Insatisfaction*** | - Accessibilité à l'information et à la formation. |

## 2.2 SUITES DU PORTRAIT

Plusieurs initiatives ont vu le jour depuis le dépôt du portrait régional. On constate une volonté renouvelée de travailler en équipe, une meilleure transmission d'information entre les différents établissements et des efforts constants pour améliorer les services pour les personnes atteintes du cancer.

L'investigation en vue du diagnostic est améliorée par la disponibilité de tomodensitomètre dans tous les CHSGS et l'ajout de la résonance magnétique dans trois CHSGS sur quatre. Ceci diminue donc les délais pour l'usager.

# 3. PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2004-2007

## 3.1 METHODOLOGIE

Le comité régional de lutte contre le cancer a débuté les travaux d'élaboration du plan d'action en avril 2002 à partir des constats identifiés au portrait régional de lutte contre le cancer et des grandes orientations du PQLC en matière d'organisation de services.

Basée sur une démarche de planification par programme, la méthode de rédaction du plan d'action respecte la même démarche utilisée dans le PQLC soit celle intégrant les différents volets du continuum de soins et de services en matière de lutte contre le cancer.

Le comité régional a élaboré 17 objectifs généraux et des objectifs spécifiques associés en s'appuyant sur les grands principes du PQLC en matière d'accessibilité, de continuité, de complémentarité, de coordination, de suivi et de qualité des services ainsi que de communication et d'information. Des moyens pour réaliser ces objectifs ont été proposés, puis les responsables et partenaires, les ressources financières requises à l'implantation et des indicateurs de résultat ont été identifiés.

À la suite de ce processus d'élaboration, le comité a procédé, dans un premier temps, au classement des objectifs en trois parties soit en termes de développement, de consolidation et de réaménagement de services. Dans un deuxième temps, les objectifs ont été priorisés, sur une échelle dégressive de un à cinq, selon les étapes de réalisation (échéancier).

Finalement, avant d'être déposé au MSSS en avril 2004, le Plan d'action régional de lutte contre le cancer de Chaudière-Appalaches 2004-2007 a fait l'objet des étapes suivantes à des fins de validation et d'adoption :

- Consultations régionales auprès de huit groupes réunissant plus de 100 intervenants, professionnels et personnes atteintes (Réf. : Point 3.3);
- Adoption finale par le comité régional de lutte contre le cancer;
- Rédaction finale du document;
- Recommandation du dépôt du document au président-directeur général de l'Agence;
- Adoption par le conseil d'administration de l'Agence le 21 avril 2004.

## 3.2 PLAN D'ACTION REGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le plan d'action régional détaillé est présenté à l'Annexe VI. Ce plan d'action témoigne à la fois des différents constats issus du portrait régional et des grandes orientations du PQLC en matière d'organisation des services.

Globalement, l'élaboration, des objectifs du plan d'action gravitent autour de l'axe principal suivant : *l'intégration des soins et des services tout au long du continuum* par la mise en place d'équipes interdisciplinaires et d'infirmières pivots comme assises du programme. De plus, ces objectifs tiennent compte des grands principes organisationnels, soit : a*ccessibilité, continuité, complémentarité, coordination, suivi et qualité des services ainsi que communication et information.*

Le point 3.2.1 décrit les 17 objectifs généraux, lesquels sont classés au tableau IX en termes de développement (D), de consolidation(c) ou de réaménagement (R) de services et selon un ordre de priorité d'actualisation sur une échelle dégressive de un à cinq. Le point 3.2.2 présente la synthèse de la priorisation de tous les objectifs spécifiques sur cette échelle de 1 à 5.

À la suite, les objectifs spécifiques sont décrits et il est précisé, à la fin de l'énoncé et entre parenthèse, le numéro correspondant à l'objectif général ainsi que l'échéancier de réalisation.

Les objectifs principaux ciblés en priorité n° 1 dès 2004 par le comité régional de lutte contre le cancer sont les suivants :

- La radiothérapie;
- Le soutien aux usagers et aux proches;
- L'implantation d'infirmières pivots en CHSGS et en CLSC;
- La création et la désignation des équipes interdisciplinaires régionale et locales en oncologie;
- L'harmonisation régionale en matière de suivi clinique et de circulation de l'information.

### *3.2.1 Énoncés et priorisation des objectifs généraux*

**Objectif 1** : Assurer aux intervenants, professionnels et population de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière de santé populationelle.
**Objectif 2** : Réaliser les objectifs de santé en Promotion-Prévention-Dépistage (P-P-D) identifiés au Programme national de santé publique PNSP.
**Objectif 3** : Assurer aux intervenants, professionnels et population de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière d'oncologie sur tout le continuum de soins pour chacun des volets d'intervention.
**Objectif 4** : S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient d'une approche régionale unifiée en soins palliatifs (pour tout type de pathologies).
**Objectif 5** : S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient de mesures de soutien à chacune des étapes du continuum, c'est-à-dire, dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie selon une approche régionale harmonisée.
**Objectif 6** : Assurer aux intervenants, professionnels et population de Chaudière-Appalaches une expertise locale en matière d'oncologie.
**Objectif 7** : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Investigation-Diagnostic-Traitements (I-D-T).
**Objectif 8** : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Adaptation-Réadaptation-Soutien (A-R-S) - Soins de fin de vie.
**Objectif 9** : S'assurer que chaque milieu clinique partage une philosophie commune d'intervention.
**Objectif 10** : S'assurer que les critères et indicateurs de performance en lien avec les activités de I-D-T-A-R-S sont conformes à ceux décrits au PQLC.
**Objectif 11** : Développer et actualiser les volets Surveillance/Recherche/Évaluation (SRE) en matière de lutte contre le cancer.
**Objectif 12** : Assurer régionalement la mise en place harmonieuse des services intégrés de lutte contre le cancer ainsi que le suivi à l'implantation en confirmant le comité régional de lutte contre le cancer (CRLC) dans son mandat.
**Objectif 13** : S'assurer, sur le plan régional, du continuum de services, de la systématisation du suivi de clinique et de la circulation de l'information en période implantation et post-implantation du PRLC.
**Objectif 14** : Assurer le maintien et le développement de l'expertise chez les intervenants et professionnels oeuvrant en P-P-D, en Oncologie et en Soins palliatifs par la mise en place d'un programme de formation continue/mise à jour et de mesures facilitantes.
**Objectif 15** : Rendre disponibles auprès des intervenants et professionnels des outils didactiques et des mécanismes de communication en soutien à l'intervention.
**Objectif 16** : Améliorer la connaissance de la population relativement au PRLC par la mise en place d'un plan de communication régional.
**Objectif 17** : Sensibiliser la population ainsi que les différents groupes ou organisations à la cause spécifique des soins palliatifs et à la qualité des milieux de vie.

**TABLEAU IX**
***Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007***
***Priorisation des objectifs généraux par ordre de réalisation***

| Ordre de priorité de réalisation | Objectifs de développement (D) : Numéros d'objectifs | Objectifs de consolidation (C) Numéros d'objectifs | Objectifs de réaménagement (R) Numéros d'objectifs |
|---|---|---|---|
| 1 | 3-6-13 | 5 | 9-14 |
| 2 | 4-9 | 4 | 5-8 |
| 3 | 1-3-7-8 | 1-2-3-7-8 | 7 |
| 4 | 10-14-15 | 11-12 | |
| 5 | 11-16-17 | | |

### 3.2.2 Énoncés et priorisation des objectifs spécifiques

**TABLEAU X**
***Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007***
***Priorisation des objectifs spécifiques[10]***

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 1 | Les services de radiothérapie seront disponibles dans la région d'ici 2008 (3)-Continu.<br>L'Agence désignera une équipe interdisciplinaire régionale en oncologie dans le centre régional HDL, dont la mission, les mandats, la composition et les critères sont en conformité aux attentes du MSSS. (3)-2004.<br>L'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie réalisera la mission et les mandats de l'équipe selon les attentes minimales signifiées par le MSSS aux plans accessibilité, coordination, continuité et qualité. (3). 2004 et continu.<br>Une infirmière pivot (soit 1 poste ETC) sera désignée à l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie selon un processus uniforme harmonisé régionalement par un comité de sélection spécifique pour le choix des infirmières pivots. (3)-2004.<br>L'Agence désignera quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie (une par territoire de desserte hospitalière) dont une aura aussi un mandat régional (HDL). La composition de ces équipes devra s'inspirer des attentes signifiées par le MSSS. (6)-2004. | Des mesures de soutien systématiques seront précisées à chacune des étapes de la trajectoire de service/siège de cancer, c'est-à-dire, dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie. (5)-2004-2005. | Chaque milieu clinique appliquera une démarche harmonisée d'intervention favorisant l'approche globale, l'interdisciplinarité et l'éthique en conformité au cadre de référence régional. (9)-2004-2005.<br>L'accès à des ressources humaines ayant de l'expertise et des aptitudes sera privilégié pour exercer auprès de la clientèle en soins palliatifs. (14)-2005 et continu.<br>Le travail en équipe, l'accès aux formations et le temps de formation rémunéré feront partie des mesures de soutien accordées aux médecins, intervenants (incluant CHSLD), professionnels de l'équipe soignante. (14)-2005 et continu. |

[10] Chacun des objectifs spécifiques comporte, entre parenthèse, le numéro correspondant à la priorité de réalisation. Suit, l'échéancier de réalisation.

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 1 | Chaque équipe interdisciplinaire locale en oncologie réalisera la mission et les mandats de l'équipe selon les attentes minimales signifiées par le MSSS aux plans accessibilité, coordination, continuité et qualité. (6). 2004 et continu.<br><br>Les infirmières pivots seront désignées dans chacune des quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie selon un processus uniforme harmonisé régionalement par un comité de sélection spécifique. Au total 12½ postes ETC d'infirmières pivots incluant 0,5 ETC/CLSC seront répartis dans chacun des bassins de desserte de la façon suivante : Amiante : 1,8 ETC; CHBE : 3 ETC; HDM : 2,2 ETC; Littoral : 5,5 ETC. (6)-2004.<br><br>L'Agence coordonnera l'implantation et le suivi à l'implantation du PRLC et rendra disponible les informations relatives à la mise en application des objectifs organisationnels du PRLC (structure et processus) et les résultats obtenus. (13)-2004 et continu. | | |
| 2 | Chaque milieu clinique adoptera le modèle régional de cheminement clinique de la personne atteinte du cancer du diagnostic au suivi post-traitement en lien avec les orientations nationales. (4)-2004 et continu.<br><br>Des outils harmonisés communs, tels, algorithmes cliniques, trajectoire de soins et de services/siège de cancer, bottin des ressources, etc. seront disponibles régionalement. (4)-2004-2006. | Des balises cliniques dans le soulagement de la douleur seront déterminées régionalement. (4)-2004. | Chaque milieu clinique associera et soutiendra les bénévoles et les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches (5)-2004 et continu. |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 2 | Un outil clinique harmonisé d'évaluation des besoins respectant la globalité de la personne sera utilisé régionalement. (9)-2005. | | L'accès à du personnel régulier et formé pour l'unité d'oncologie et pour l'unité de soins palliatifs en CHSGS sera favorisé afin de faciliter l'organisation du travail et d'assurer le maintien de l'expertise. (8)-2005-2006.<br>L'accès à une équipe dédiée en soins palliatifs (équipe soutien à domicile) sera assuré dans chaque CLSC-CHSLD. (8)-2004-2005.<br>Les services et modalités d'hébergement temporaire de dépannage (répit) pour les soins palliatifs seront spécifiées au cadre de référence régional d'hébergement temporaire. (8)-2005.<br>Des ressources dévolues aux activités de gardiennage seront identifiées. (8)-2005-2006.<br>Étudier la possibilité de réserver, en soutien à domicile, des budgets spécifiques pour les soins palliatifs de fin de vie et les équipements. (8)-2005. |
| 3 | L'Agence désignera une équipe régionale d'intervention auprès de la population dont les mandats et la composition s'inspirent du PQLC. (1)-2005.<br>L'équipe régionale d'intervention auprès de la population réalisera certains des mandats de l'équipe décrits dans le PQLC et dans le Programme national de santé publique (PNSP) (1)-2005 et continu.<br>Les services Investigation et Diagnostic seront développés régionalement à l'aide d'appareillage plus spécialisé. (3). 2005 et continu. | Les 11 CLSC réaliseront un mandat local en matière de P-P-D et en lien avec les objectifs 2003-2012 du PNSP et le Plan d'action régional en santé publique (PAR) 2004-2007. (1)-2004 et continu.<br>Les objectifs inscrits au PNSP 2003 à 2012 ainsi que ceux décrits dans le plan d'action régional (PAR) 2004-2007 en santé publique Chaudière-Appalaches seront réalisés en fonction des priorités retenues. (2)-2004 et continu.<br>Définir les moyens d'intégrer la Promotion-Prévention-Dépistage (P-P-D) aux pratiques cliniques préventives, en particulier aux pratiques médicales préventives. (2)-2004 et continu. | Les communications avec les pharmaciens d'officine seront formalisées lors du congé de l'usager du CHSGS afin de faciliter l'accès aux médicaments en première ligne. (7)-2004 et continu. |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 3 | L'expertise dans les traitements de stomothérapie (plaies, stomies) sera consolidée dans la région. (3)-2005.<br><br>Les tests par appareil à scintigraphie seront disponibles à l'HDM. (7)-2006. | Améliorer le counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'activité physique. (2)-2005.<br><br>Améliorer le soutien aux cliniciens pour la détection précoce du cancer du sein et du cancer du col. (3)-2004 et continu.<br><br>L'Agence confirmera à l'HDL son mandat régional pour les activités Investigation-Diagnostic-Traitements pour les cancers de l'appareil respiratoire. (3)-2004.<br><br>L'accès à un PET scan sera assuré et facilité pour la clientèle de Chaudière-Appalaches. (3)-2004 et continu.<br><br>Les services médicaux spécialisés seront disponibles au plan régional, plus particulièrement dans les territoires périphériques. (3)-Continu.<br><br>Augmenter de 4 % l'autonomie régionale pour les activités de Diagnostic et de Traitements dans les cas de tumeurs d'ici 5 ans. (3)-Continu.<br><br>L'accès aux médicaments antinéoplasiques sera amélioré grâce à un plan régional de gestion des médicaments antinéoplasiques. (7)-2004 et continu.<br><br>Les installations physiques en clinique externe en oncologie des quatre CHSGS seront plus fonctionnelles. (7)-2006.<br><br>Un local dédié aux rencontres individuelles-usagers et proches sera disponible en clinique externe en oncologie des quatre CHSGS. (7)-2004-2005. | |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 3 | En prenant en compte l'organisation des services médicaux spécialisés dans la région et, en conformité avec son mandat régional, l'HDL assurera aux autres CHSGS de la région la présence d'un hémato-oncologue selon les besoins requis identifiés, particulièrement à l'HDM. (7)-2004-2006. | Les installations physiques pour les soins en oncologie (unité de soins) seront plus fonctionnelles. (7)-2006-2007. | |
| | Les services médicaux pour les usagers atteints du cancer seront renforcés via les cliniques médicales privées, les groupes de médecine de famille (GMF) et les CLSC. (7)-Continu. | Les installations physiques pour les soins palliatifs de fin de vie des quatre CHSGS seront plus fonctionnelles. (7)-2005-2006. | |
| | Le nombre d'effectifs médicaux sera consolidé dans les régions où ce nombre est inférieur à la norme ministérielle. (7)-Continu. | Les installations physiques en unité de soins palliatifs des quatre CHSGS comporteront chacune un lit de stabilisation et un local réservé aux familles et proches. (7)-2005. | |
| | Des conditions facilitantes seront crées pour les médecins (exemples : rémunération, formation, etc.) qui interviennent en oncologie et en soin palliatifs. (7)- 2005 et continu. | Des séjours d'un jour en oncologie et en soins palliatifs seront accessibles, en particulier pour stabiliser la douleur et les symptômes. (7)-2006-2007. | |
| | L'accès à une garde médicale 24/7 en soins palliatifs, en lien avec le soutien à domicile, sera formalisée dans chaque territoire de CLSC-CHSLD. (8)-2005. | Les quatre CHSGS dispenseront les services de base I-D-T en tentant d'atteindre des délais d'attente respectables selon les critères définis au PQLC, dans le PQDCS ou par une autre instance. (7)-2007 et continu. | |
| | L'accès à une trousse d'urgence pour les soins palliatifs sera établi dans chaque CLSC-CHSLD. (8)-2004-2005. | Les médecins de famille seront systématiquement impliqués dans le traitement et le suivi de l'usager en oncologie. (7)-2005 et continu. | |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 3 | Des places d'hébergement normalisées de type moyen séjour (3 à 6 mois) seront disponibles par territoire de CLSC-CHSLD. (8)-2006.<br><br>L'accès aux organismes communautaires oeuvrant en cancer et soins palliatifs (toutes pathologies) sera centralisé dans chaque territoire de CLSC. (8)-2007. | L'accès aux services Adaptation-Réadaptation-Soutien dès le diagnostic de cancer jusqu'aux soins de fin de vie sera consolidé par la mise en place de guides cliniques standardisés et de programmes de formation continu. (8)-2005 et continu.<br><br>Les services psychosociaux (intervenant social, psychologue ou psychiatre) et les services de liaison intra et inter établissements en clinique externe en oncologie des quatre CHSGS seront accessibles. (8)-2004-2005 et continu.<br><br>Les services d'orthophonie au CHBE seront accessibles. (8)-2004-2005.<br><br>Les 11 CLSC-CHSLD assureront la prise en charge et le suivi psychosocial des usagers atteints du cancer dans un délai inférieur à 48 heures. (8)-2004 et continu.<br><br>Les 11 CLSC-CHSLD assureront la prise en charge et suivi requis en A-R-S oncologie et en Soins de fin de vie en conformité avec la Politique nationale de soutien à domicile. (8)-2004 et continu.<br><br>L'accès à un service d'accompagnement/ transport aux traitements pour les usagers atteints du cancer sera facilité dans chaque territoire de CLSC. (8)-2006-2007 et continu.<br><br>L'accès aux services des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (COOP de services) sera consolidé pour différents besoins de soutien identifiés chez l'usager atteint du cancer ou en phase de fin de vie. (8)-2006. | |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| 4 | Les établissements CHSGS, CLSC-CHSLD réaliseront les activités d'Investigation-Diagnostic-Traitements (I-D-T) en conformité avec les normes nationales. (10)-2005 et continu.<br><br>L'accès à de la formation continue bisannuelle (domaines : P-P-D, oncologie et soins palliatifs de fin de vie) sera assuré régionalement. (14)-2004 et continu.<br><br>Les formations sur les thèmes identifiés dans le portrait régional seront dispensées. (14) 2005-2007.<br><br>Un moyen de communication harmonisé (ex. carnet de suivi) relatif aux informations de l'usager sera développé dans l'attente du dossier oncologique. (15)-2004-2007.<br><br>Un bottin des ressources pour les usagers et les proches sera élaboré (et informatisé) et rendu disponible pour la région. (15)-2006.<br><br>Des outils pédagogiques et informatiques ainsi que de la documentation portant sur les activités, programmes et services offerts ainsi que sur les ressources seront développés et harmonisés régionalement. (15)-2005-2006.<br><br>Le RTSS sera développé vers les cliniques médicales. (15)-2004 et continu. | L'accès aux données SI-PQDCS sera facilitée. (11)-2005-2006.<br><br>Le CRLC soumettra des avis et des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur des questions relatives à son mandat de collaboration à la planification de l'organisation des services. (12)-Continu. | |
| 5 | L'Agence assurera un suivi en matière de surveillance-recherche et évaluation en cancer dans la région. (11)-2004 et continu. | | |

| Priorité | Objectifs spécifiques de développement (D) | Objectifs spécifiques de consolidation (C) | Objectifs spécifiques de réaménagement (R) |
|---|---|---|---|
| **5** | La population de Chaudière-Appalaches sera en mesure de mieux connaître les services offerts aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches. (16)-2005-2007.<br>La population et les différents groupes ou organisations seront sensibles à la cause spécifique des soins palliatifs. (17)-2006 et continu. | | |

## 3.3 BILAN DE LA TOURNEE REGIONALE

Les consultations régionales relatives au plan d'action régional de lutte contre le cancer se sont déroulées en février et en mars 2004 auprès des CHSGS, CLSC-CHSLD et de leurs partenaires dans les quatre sous-régions de Chaudière-Appalaches ainsi qu'auprès des diverses instances administratives : CIR, CMUR, CMR et DRMG. Au total, au moins 100 intervenants et professionnels de diverses disciplines et des personnes atteintes ont été rencontrés.

Les principales informations qui se dégagent des consultations régionales sont les suivantes :

| PRÉOCCUPATIONS DES PARTICIPANTS | SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS |
|---|---|
| Accessibilité des services :<br>Iniquité persistante dans la région quant à la répartition et à l'accessibilité des services spécialisés touchant l'oncologie versus un mandat régional attribué à l'Hôtel-Dieu de Lévis (ex. : hémato oncologie et radiologie). Par exemple, au CHBE, présence de deux spécialistes en radiologie sur possibilité de quatre alors qu'on en dénombre 14 à l'HDL;<br>Crainte que l'on dote financièrement le CHSGS régional HDL au détriment des autres CHSGS de la région<br>Mieux comprendre le rôle de l'équipe régionale et du soutien qu'elle doit apporter aux équipes locales en matière d'expertise, de formation et de recherche. | Répartir équitablement l'accessibilité des services en spécialité oncologique dans les quatre CHSDD de la région;<br>Assigner formellement des membres des équipes interdisciplinaires locales en oncologie à l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie à l'HDL afin de s'assurer de la prise en compte des réalités locales. |
| Augmentation de la demande pour le suivi médical à domicile. | Réviser le plan d'effectifs médicaux en conséquence de cette augmentation. |
| Absence d'heures réservées en omnipratique pour des pratiques médicales en oncologie et en soins palliatifs;<br>Inadéquation du mode de rémunération actuelle pour des pratiques médicales en oncologie et en soins palliatifs. | Dédier des ressources médicales spécifiques à l'hémato oncologie;<br>Autoriser des heures spécifiques pour les pratiques médicales en oncologie et pour les pratiques médicales en soins palliatifs;<br>Identifier et adopter un mode de rémunération spécifique pour les pratiques médicales en oncologie et pour les pratiques médicales en soins palliatifs. |
| Manque évident de ressources dans les équipes multidisciplinaires pour faire face aux demandes accrues de service générées éventuellement par l'arrivée en fonction des infirmières pivots. | Rehausser (ressources humaines) parallèlement à l'implantation de l'infirmière pivot les équipes de base en oncologie, en soins palliatifs et en services courants; |
| Augmentation exponentielle des coûts des médicaments antinéoplasiques en CHSGS et l'impact sur le budget des établissements; | Adopter régionalement un plan de gestion des médicaments antinéoplasiques, adapté au plan provincial à venir, et ajuster le financement en fonction de l'évolution des services et de la technologie. |
| Manque de soutien pour les personnes en attente de diagnostic. | Améliorer l'approche des intervenants et des professionnels impliqués auprès des personnes en attente de diagnostic : ex : philosophie d'intervention commune, formation en soutien;<br>Proposer l'intervention de l'infirmière pivot dès la suspicion du diagnostic. |
| Accessibilité et fidélité aux services ou traitements compromises pour les usagers, notamment ceux qui résident sur le territoire de L'Islet, en raison de l'éloignement (problèmes de transport) et de situations de faible revenu. | Identifier et réserver un budget spécifique pour les clientèles atteintes du cancer (en fonction de l'éloignement et du revenu). |

| PRÉOCCUPATIONS DES PARTICIPANTS | SUGGESTIONS DES PARTICIPANTS |
|---|---|
| Continuité des services :<br>Longs délais de transmission de l'information et information incomplète entre les spécialistes et les omnipraticiens entraînent une duplication d'examens et contreviennent au suivi;<br>Disparités entre les protocoles utilisés par les hémato oncologues;<br>Continuité compromise chez l'usager qui n'a pas de médecin de famille. | Améliorer et harmoniser les protocoles, outils de référence hémato oncologie-radio oncologie-chirurgie;<br>Étudier la faisabilité d'un dossier papier-usager;<br>Formaliser les ententes d'hospitalisations aux CHSGS suprarégionaux;<br>Promouvoir l'utilisation de la technologie numérique en laboratoire et radiologie et centraliser les données;<br>Promouvoir l'utilisation de la visio-conférence;<br>Harmoniser les formations;<br>Soutenir l'usager dans sa démarche pour trouver un médecin de famille. |
| Implantation des équipes interdisciplinaires en oncologie et des infirmières pivots dans les milieux :<br>Ampleur des travaux d'implantation, de fonctionnement et de coordination du PRLC;<br>Essoufflement des ressources humaines dans les petits milieux. Ce sont souvent les mêmes personnes qui siègent sur des comités ou qui assurent la gestion des différents programmes;<br>Crainte de la duplication ou de la substitution par l'infirmière pivot des rôles et fonctions des autres membres de l'équipe;<br>Questionnement au sujet du choix de la profession d'infirmière pour occuper un rôle d'intervenant pivot ainsi que sur l'exigence d'une formation de niveau baccalauréat.<br>Réserves quant à l'implantation de l'infirmière pivot ont été émises par un des groupes rencontrés : lourdeur du système; une boîte vocale de plus. | Assigner des ressources à temps plein en établissement pour l'implantation;<br>Nécessité de :<br>• définir des conditions à la réalisation;<br>• développer des budgets nouveaux;<br>• affecter des ressources humaines.<br>Définir précisément les rôles de l'infirmière pivot et des autres membres de l'équipe.<br>Tenir compte des acquis du PQDCS.<br>Ne pas référer systématiquement à l'infirmière pivot, mais uniquement lorsque la clientèle est plus vulnérable ou démunie;<br>Prioriser l'implantation de mécanismes de communication et les corridors de services à l'implantation de l'infirmière pivot. |

En conclusion, l'ensemble des participants ont accueilli favorablement les grands principes organisationnels énoncés au Plan d'action régional 2004-2007. Ceux-ci ont convenu, unanimement, de la nécessité de développer de nouveaux crédits budgétaires pour implanter et assurer le fonctionnement harmonieux d'un tel programme.

# 4. ÉLÉMENTS FAVORISANT UNE PLUS GRANDE INTÉGRATION DES INTERVENTIONS

## 4.1 INTEGRATION DES SERVICES : UNE FINALITE

Dans le cadre de l'implantation du PRLC, la finalité recherchée est l'intégration des interventions à tous les niveaux.

> *La recherche d'une plus grande intégration dans le système de soins se fonde sur la reconnaissance d'une interdépendance forte des différentes composantes de ce système. La présence d'une grande interdépendance des acteurs et des organisations dans le système de soins implique que les problèmes sont collectifs, c'est-à-dire qu'aucun acteur et qu'aucune organisation n'ont les ressources et les compétences suffisantes pour apporter une solution satisfaisante aux problèmes de santé et de dispensation des soins (Contandriopoulos, 2003).*

Par ailleurs, au plan de l'intégration des services en oncologie, l'importance est accordée à la collaboration et à la coopération des différentes équipes interdisciplinaires et les autres partenaires qui composent le réseau de lutte contre le cancer.

## 4.2 MODELE DE STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

### *4.2.1 Modèle québécois*

Diverses instances au gouvernement du Québec sont impliquées dans le dossier de la lutte contre le cancer et des soins palliatifs. Par ailleurs, parallèlement à la mise en place des futurs réseaux locaux de services, les différents paliers et directions au MSSS sont actuellement en phase de réorganisation. Conséquemment, le modèle de gouverne québécois sera connu ultérieurement.

### *4.2.2 Modèle régional*

Les tableaux et les figures suivantes distinguent de façon générale et de façon spécifique les éléments de la structure organisationnelle de lutte contre le cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches.

- **Tableau XI - Réseau de services intégrés de lutte contre le cancer : structure organisationnelle régionale**

Le tableau XI propose, pour la région de la Chaudière-Appalaches, les différentes structures reliées à l'organisation des soins et services sur l'ensemble du continuum, pour assurer les services à la population, aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches.

- **Figure 2 - Programme régional de lutte contre le cancer - Accessibilité des services populationnels : mandat régional et activités locales**

En matière de services à la population, la figure 2 permet de situer les volets Promotion-Prévention-Dépistage à l'intérieur d'un mandat régional qui sera dévolue à l'équipe d'intervention auprès de la population, à la Direction de santé publique. Les mandats de surveillance, suivi et évaluation devront aussi être réalisés en collaboration avec l'Agence. Par ailleurs, des activités à caractère local sont prévues dans les quatre sous-régions, plus spécifiquement en CLSC. Ultérieurement, des collaborations intersectorielles sont prévues.

- **Figure 3 - Programme régional de lutte contre le cancer - Accessibilité en oncologie : mandats local et régional en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés**

Des attentes minimales pour la désignation des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales en oncologie seront signifiées par le MSSS. Rappelons que le Portrait régional en matière de lutte contre le cancer (avril 2002) a permis de distinguer que l'Hôtel-Dieu de Lévis se qualifiait en matière d'accessibilité régionale (et locale) pour les services en oncologie pour la région et que les trois autres centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés se qualifiaient en matière d'accessibilité locale. Toutefois, l'accessibilité suprarégionale se situe hors région.

- **Figure 4 - Programme régional de lutte contre le cancer - Accessibilité en oncologie : mandats local et régional des équipes interdisciplinaires**

La figure 4 met en évidence les quatre sous-régions de Chaudière-Appalaches : Amiante, Beauce-Etchemins, Littoral et Montmagny-L'Islet. À l'intérieur de chacune de ces sous-régions, se retrouvent les CHSGS, CLSC et CHSLD ainsi que tous les autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

**TABLEAU XI**

***Réseau de services intégrés de lutte contre le cancer : structure organisationnelle régionale***

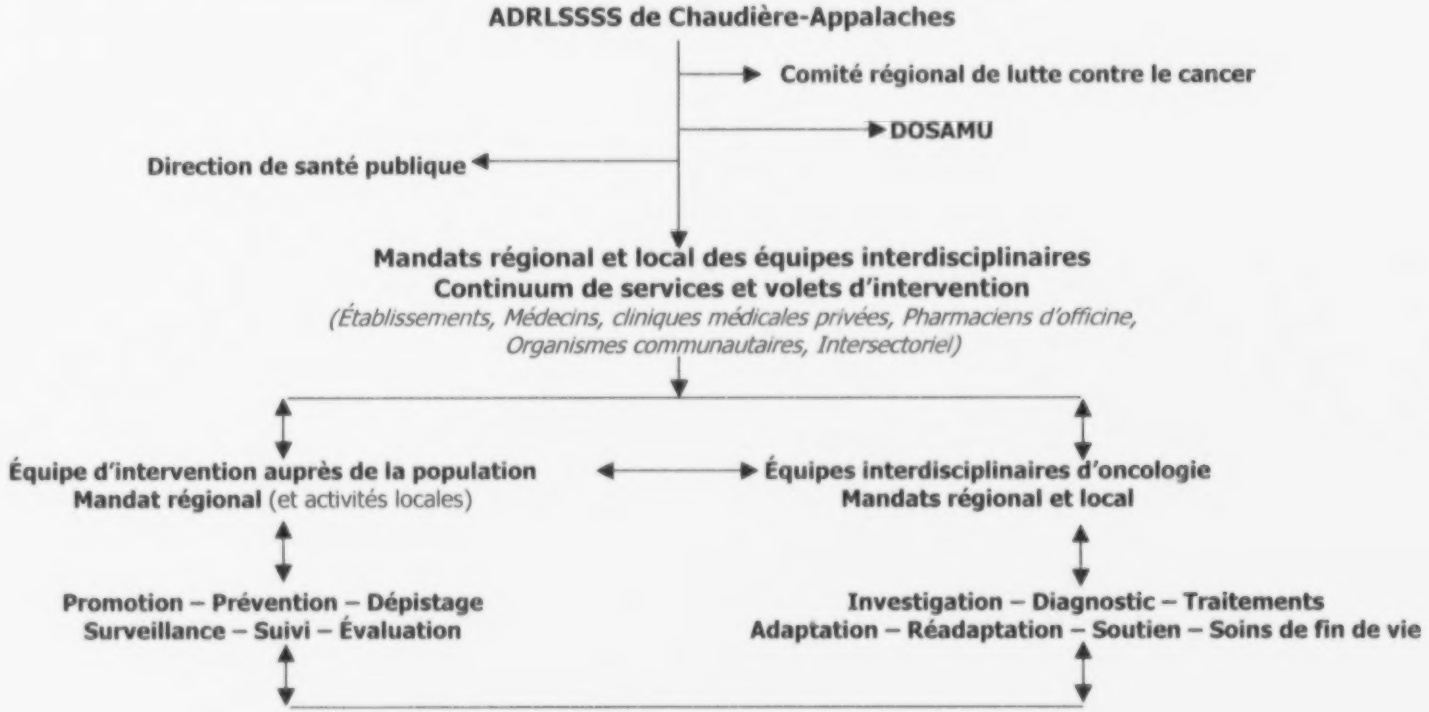


**FIGURE 2**
***Programme régional de lutte contre le cancer***
***Accessibilité des services populationnels : mandat régional et activités locales***

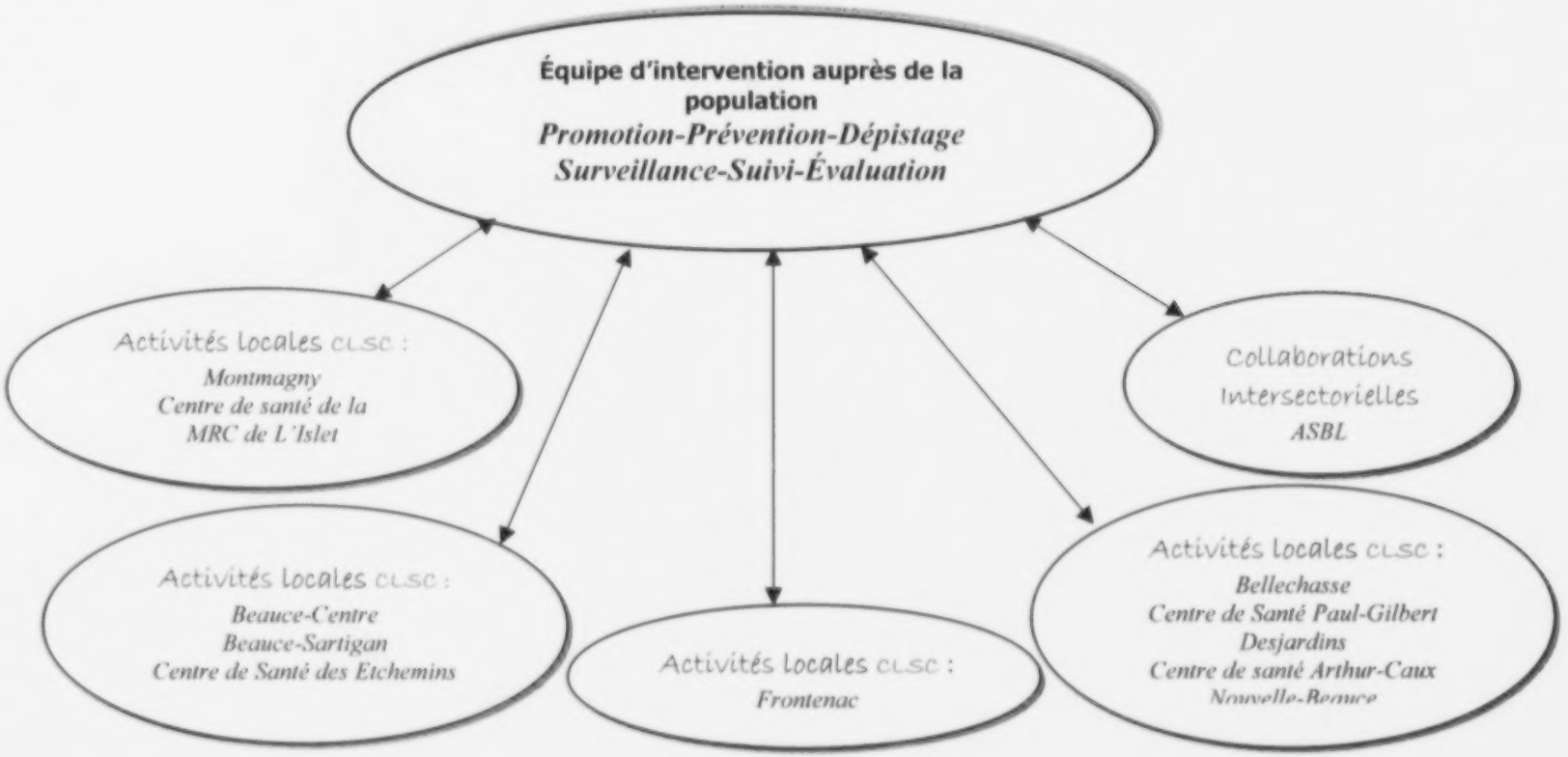


**FIGURE 3**
***Programme régional de lutte contre le cancer***
***Accessibilité en oncologie : mandats régional et local en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés***

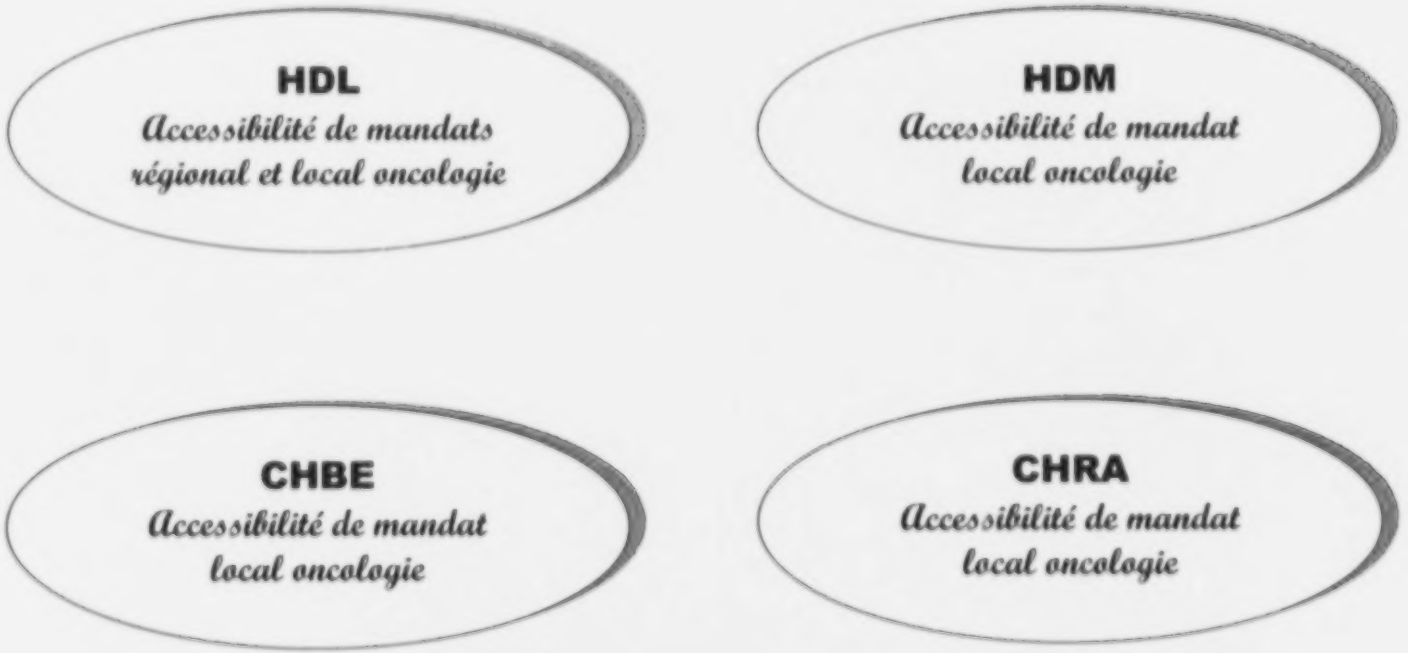
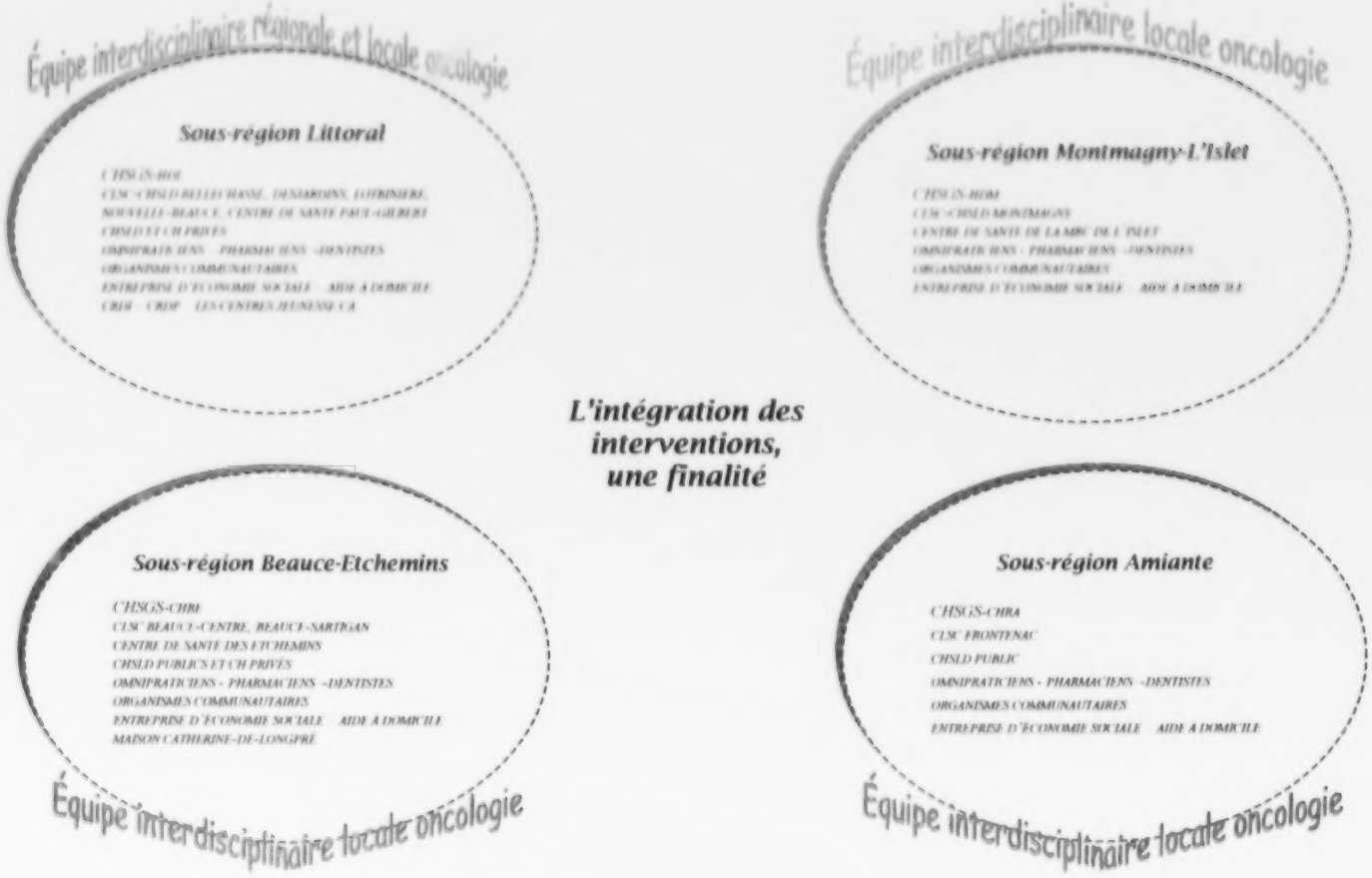


**FIGURE 4**

***Programme régional de lutte contre le cancer***
***Accessibilité en oncologie : mandats régional et local des équipes interdisciplinaires***



## 4.3 EQUIPES INTERDISCIPLINAIRES AUPRES DE LA POPULATION ET EN ONCOLOGIE

Selon les données recueillies lors du portrait régional de lutte contre le cancer (avril 2002), trois types d'équipe seront créées et implantées dans la région. Il s'agit de l'équipe régionale d'intervention auprès de la population, de l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie et des équipes interdisciplinaires locales en oncologie. Les missions, composition et mandats de ces équipes ont été décrits par le MSSS. (Réf. : Annexes II à V)

Soulignons que la hiérarchisation de ces équipes sera fonction de leur mandat respectif en matière d'expertise, et non en matière d'autorité. Finalement, la reconnaissance de ces équipes sera soutenue par le MSSS, selon un processus formel de désignation, et sera précisée d'après des critères et autres dispositions à venir.

### *4.3.1 Équipe régionale d'intervention auprès de la population*

Cette équipe est basée à l'Agence de santé et de services sociaux et relève de la Direction de santé publique. Une de ses responsabilités est de formuler les objectifs régionaux de Promotion-Prévention-Dépistage en lien avec les objectifs du PAR de santé publique et du Programme national de santé publique (PNSP) et en considérant les besoins de la population et des intervenants de la région. Cette équipe est déjà formée, en partie, avec des professionnels de la Direction de santé publique. Ultérieurement, des intervenants des CLSC et des interlocuteurs intersectoriels se joindront à l'équipe.

Le mandat de surveillance, de suivi et d'évaluation du programme devra être développé. Il nécessitera l'ajout de certaines ressources.

### *4.3.2 Équipe interdisciplinaire régionale en oncologie*

Cette équipe sera basée à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Elle comprendra, entre autres, des professionnels provenant de diverses disciplines, dont l'hémato-oncologie, la chirurgie et la radio-oncologie (spécialiste consultant). Son principal mandat sera l'expertise-conseil et le soutien aux intervenants et professionnels de la région, notamment les équipes interdisciplinaires locales en oncologie. De plus, au regard de ses responsabilités régionales en matière d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies, l'équipe régionale devra collaborer avec l'Université Laval, laquelle fait partie du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

### *4.3.3 Équipes interdisciplinaires locales en oncologie*

Au total, trois équipes seront créées dans la région. La figure 4 illustre la localisation de ces équipes dans chacune des sous-régions suivantes, soit : l'Amiante, Beauce-Etchemins, Montmagny-L'Islet. Notons que pour la sous-région du Littoral, l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie détient d'office un mandat interdisciplinaire local en oncologie. Les équipes interdisciplinaires locales auront la responsabilité de l'ensemble des cas de cancer de leur sous-région respective. Leur principal mandat consistera à assurer le suivi, à appliquer les traitements et à offrir les soins de soutien aux personnes atteintes du cancer. Elles devront établir des liens avec les intervenants et professionnels concernés de leur établissement et ceux de la sous-région *(ex. : soins palliatifs, urgence, soutien à domicile, services courants, Info-Santé, cliniques médicales privées, GMF, pharmacie, CHSLD, Centre de jour, centre de réadaptation, organismes communautaires)* ainsi qu'avec l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie.

### *4.3.4 Équipes interdisciplinaires suprarégionales en oncologie*

Ces équipes, situées hors de notre région, auront pour responsabilité d'offrir l'expertise pour les sièges tumoraux rares et complexes ou pour les soins palliatifs. Ces équipes seront désignées par le MSSS et les ententes de service, pour notre région, seront formalisées par l'Agence.

En conclusion, les équipes interdisciplinaires auprès de la population et en oncologie devront considérer, en fonction de leurs mandats et responsabilités, l'interrelation de tous les acteurs et organisations concernés pour réaliser une véritable approche de soins et de services intégrés sur tout le continuum santé-maladie.

## 4.4 INFIRMIERE PIVOT EN ONCOLOGIE

### *4.4.1 Rôles, fonctions et responsabilités*

L'intervenant pivot en oncologie désigne une personne de référence stable et accessible auprès de la clientèle atteinte du cancer.

À la suite des travaux réalisés par un sous-comité[11] sur la question de l'intervenant pivot, le comité régional a statué que l'infirmière bachelière est la professionnelle la mieux placée dans l'équipe interdisciplinaire pour réaliser les rôles et fonctions recommandés au plan provincial.

Le tableau suivant s'inspire de la synthèse des rôles et fonctions de l'intervenant pivot décrits dans le document produit par le CQLC[12], mais adaptés pour notre région. Les éléments de cette synthèse ont permis d'estimer, dans un premier temps, la charge de travail et, dans un deuxième temps, le nombre requis d'infirmières pivots pour la région en fonction des nouveaux cas annuels de cancer.

**TABLEAU XII**
***Fonctions et rôles de l'infirmière pivot en oncologie***

| **INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE** | |
|---|---|
| **RÔLES** | **FONCTIONS : AMORCE ET CONTRIBUE À :** |
| ***Analyse et évaluation des besoins*** | • Collecte et à l'analyse des données;<br>• Identification et priorisation des besoins de l'usager;<br>• Planification des soins;<br>• Communications interprofessionnelles au besoin;<br>• Démarches de consultation professionnelle au besoin;<br>• Évaluation du suivi des interventions. |
| ***Information et enseignement*** | • Pathologies et traitements associés;<br>• Autosoins et gestion des symptômes;<br>• Autosoins et promotion de la santé;<br>• Ressources du milieu (locales, communautaires, financières, psychologiques, etc.);<br>• Référence à l'intervenant désigné. |
| ***Soutien et accompagnement*** | • Communication et relation d'aide;<br>• Accueil chaleureux et personnalisé dès le diagnostic et tout au long du continuum de soins;<br>• Création espace relationnel d'échange et d'espoir pour l'usager et ses proches (réseau). |
| ***Coordination et continuité*** | • Partage interdisciplinaire de tous les nouveaux cas;<br>• Élaboration d'un plan de soins et de services interdisciplinaire;<br>• Transmission d'information entre toutes les équipes de soins;<br>• Réorientation, au besoin, vers les ressources;<br>• Évaluation de la continuité de la trajectoire de soins (continuum). |
| ***Point d'ancrage pour la clientèle*** | • Agit à titre d'infirmière pivot pour l'usager sur tout le continuum de soins et non à titre d'infirmière d'un service;<br>• Agit à titre d'infirmière pivot dans la continuité des soins et la coordination des réponses aux besoins de l'usager avec les autres membres de l'équipe tout au long du suivi thérapeutique. |

Les membres du comité régional de lutte contre le cancer ont également abordé d'autres particularités relatives au profil d'infirmière pivot. Ces particularités sont décrites à l'annexe VII.

---

[11] Les personnes ayant collaboré au sous-comité sont : M[me] Hélène Barrette, Denise Gagné, Francine Leblond et Thérèse Pelletier.

[12] QUÉBEC (GOUVERNEMENT) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Conseil québécois de lutte contre le cancer. *L'intervenant pivot en oncologie un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes du cancer*, Québec, Novembre 2000, 42 p.

Par ailleurs, le comité régional insiste sur le fait que l'infirmière pivot de l'équipe interdisciplinaire en oncologie n'assume pas à elle seule les fonctions d'évaluation, de coordination, de référence, d'information et de soutien. Cependant, elle a une responsabilité particulière à cet égard :

*Responsabilités auprès de la clientèle atteinte du cancer*

- Fait partie d'une équipe interdisciplinaire inter établissement;
- Débute son intervention auprès de l'usager le plus tôt possible après l'annonce du diagnostic;
- Promeut une philosophie d'approche globale et s'assure, avec l'équipe interdisciplinaire, que l'on répond aux besoins des usagers;
- Facilite le cheminement de l'usager (et de ses proches) dans le système de santé;
- Favorise l'auto-prise en charge de l'usager (et de ses proches) ainsi que l'utilisation des ressources disponibles dans le réseau naturel et dans la communauté;
- Prend la défense des intérêts de la personne atteinte du cancer (et de ses proches) en tout temps;
- Met l'accent sur la qualité de vie pour diminuer l'impact de la maladie sur la personne atteinte (et ses proches).

*Responsabilités auprès des intervenants*

- Travaille de concert et en complémentarité avec les divers intervenants pour faciliter les communications et s'assurer de la continuité et de la coordination des actions entre les professionnels et entre les lieux de traitement tout au long de la trajectoire de soins. Dans cette perspective, des mécanismes de référence formels sont nécessairement requis.

*Responsabilités dans le cadre de l'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer*

- Collabore au développement d'un réseau de services intégrés de lutte contre le cancer (promotion-information, qualité, formation, technologies, nouvelles pratiques, outils didactiques, recherches, etc.).

### *4.4.2 Estimation du nombre requis d'infirmières pivots en Chaudière-Appalaches*

Les membres comité régional ont fortement soutenu l'importance de désigner des infirmières pivots dans les quatre équipes locales des quatre sous-régions dans l'équipe régionale et aussi dans les CLSC en raison de la nécessité d'une continuité des services pour l'usager.

Le nombre requis d'infirmières pivots à être nommées dans les équipes interdisciplinaires régionale et locales en oncologie pour la région de la Chaudière-Appalaches est estimé à **13,5 postes ETC**, soit 12,5 postes au plan local dans les 4 sous-régions (incluant 0,5 poste ETC par CLSC-CHSLD) et 1 poste ETC strictement au plan régional à l'HDL.

Cette répartition a été faite dans chacun des bassins de desserte hospitalière (sous-régions) tel que précisé au tableau XIII :

**TABLEAU XIII**
***Répartition du nombre requis d'infirmières pivots en oncologie***

| | BASSINS DE DESSERTE DE CENTRE HOSPITALIER | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | CHBE | CHRA | HDL | HDM | |
| **Total postes ETC infirmières pivots** | **3** | **1,8** | **6,5** | **2,2** | **13,5** |

En l'absence de données précises actuellement pour le calcul des infirmières pivots en CLSC, les membres du comité ont estimé minimalement ce nombre à 0,5 poste ETC par CLSC en précisant l'assurance d'une présence étalée sur 5 jours par semaine.

Les tableaux XVII à XX, à l'annexe VIII, illustrent la démarche qui a conduit à l'estimation du nombre requis d'infirmières pivots pour la région de la Chaudière-Appalaches.

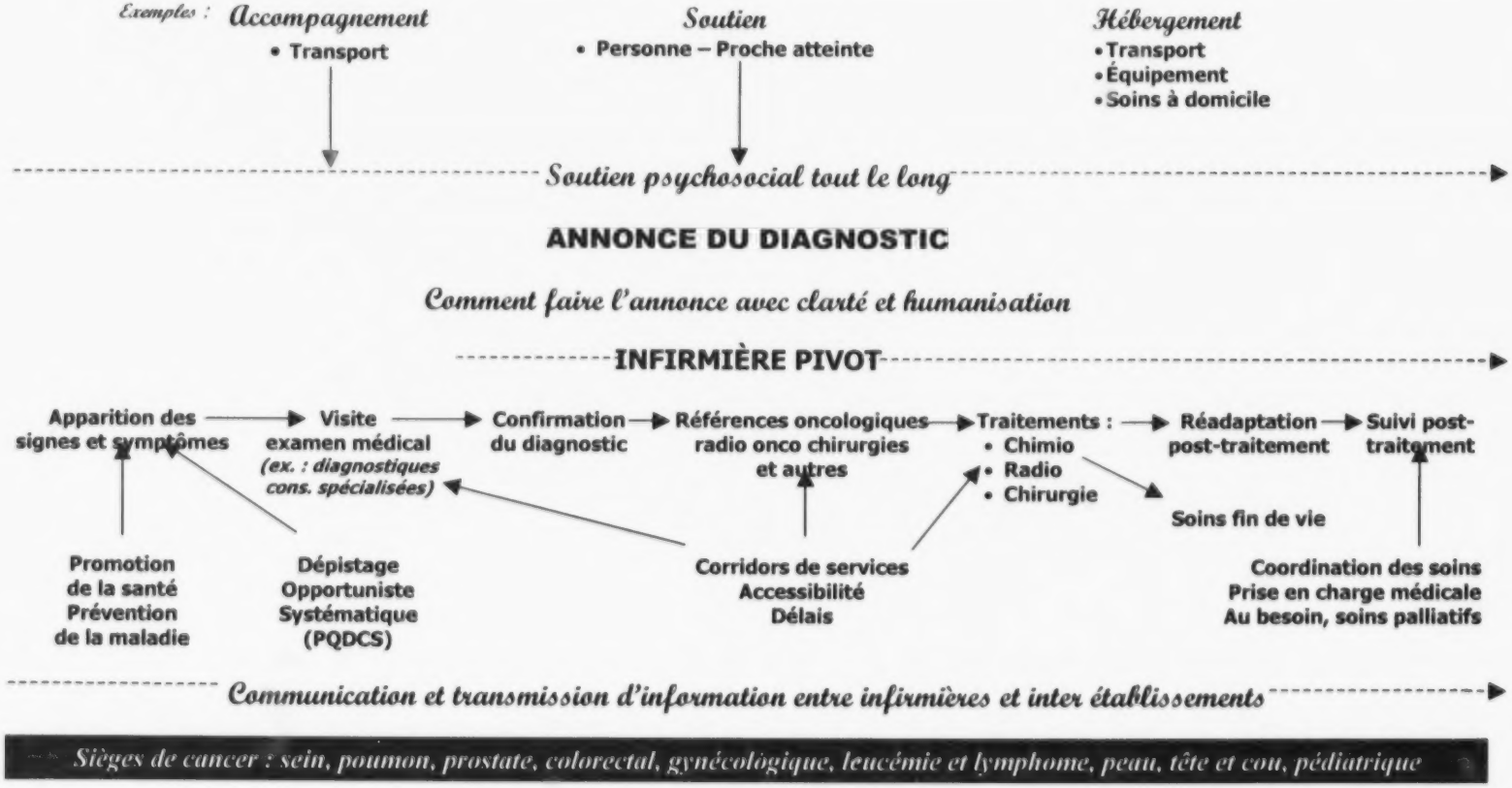
## 4.5 CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE ATTEINTE DU CANCER

À la suite de travaux en sous-comité[13], le comité régional de lutte contre le cancer a adopté le cheminement clinique de la personne atteinte du cancer présenté dans la section suivante. Dans un premier temps, le modèle graphique est illustré. Il s'agit d'une adaptation régionale à partir des travaux de la région de l'Outaouais. Dans un deuxième temps, le modèle clinique se présente sous la forme d'un cheminement de la personne atteinte du cancer, du dépistage au suivi post-traitement. Diverses situations sont alors décrites ainsi que les interventions possibles des professionnels ou intervenants. Finalement, des particularités ont été ajoutées afin de mieux situer les objets de suivi ou les rôles respectifs.

[13] Les personnes ayant collaboré au sous-comité sont : M[mes] Rachel Bourque, Louise Fortin, Denise Gagné et Francine Leblond.

## TABLEAU XIV

### *Organigramme - Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi post-traitement*



## TABLEAU XV
## *Cheminement de la personne atteinte du cancer : du dépistage au suivi post-traitement*

| MODÈLE D'UN CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE | | CHEMINEMENT DES INTERVENTIONS DU PROFESSIONNEL | PARTICULARITÉS |
|---|---|---|---|
| Annonce du diagnostic par le médecin *(exemple, diagnostic de cancer)* | Si annonce du diagnostic en CHSGS ou si annonce du diagnostic en Première Ligne *(tout autre lieu que CHSGS)* | **Le médecin qui annonce le diagnostic :**<br>Le médecin achemine **systématiquement** à l'infirmière pivot (CHSGS ou CLSC) une **demande[14] de services** suivant les règles de confidentialité et informe l'usager que l'infirmière pivot prendra contact avec lui pour un rendez-vous.<br>Requiert idéalement la présence de l'un des proches de l'usager.<br>Offre un soutien adéquat.<br>Informe de la démarche médicale à entreprendre.<br>Transmet l'information au médecin de famille *(dans le cas d'un spécialiste).*<br><br>**L'infirmière pivot (CHSGS ou CLSC) :**<br>Prend rendez-vous avec l'usager et assure le suivi suivant ses rôles et fonctions.<br>S'assure de transmettre toute information pertinente à l'infirmière pivot concernée au palier local (et au palier régional ou suprarégional selon le cas) selon les règles de confidentialité. | La référence au CLSC, dès cette étape, pourra permettre à l'usager de recourir à toute forme d'aide dont il a besoin pour conserver ou retrouver son intégrité.<br><br>De plus, la pertinence d'établir des liens, dès ce moment avec les ressources de la communauté (incluant les groupes communautaires), favorisera ultérieurement une prise en charge dans le milieu, si la maladie évolue. |
| | Infirmière pivot (désigne soit l'infirmière en CHSLD ou l'infirmière en CLSC assignée à titre de pivot auprès de la clientèle en oncologie) | **L'infirmière pivot joue un rôle essentiel dès l'annonce du diagnostic :**<br>Reçoit la demande de services du médecin.<br>Offre soutien et accompagnement à l'usager et aux proches.<br>Amorce ou contribue à l'évaluation et à l'analyse des besoins biopsychosociaux et spirituels et priorise les besoins de l'usager et de ses proches.<br>Responsabilise l'usager et ses proches dans leur démarche de soins et de services.<br>Dispense information et enseignement sur le cancer et les ressources et remet des informations écrites.<br>Réfère et oriente aux autres professionnels, s'il y a lieu, et établit la liaison au besoin.<br>S'assure de la continuité des interventions entre l'usager, entre les professionnels et entre les lieux de traitement.<br>Coordonne et organise, en collaboration, les soins et les rendez-vous.<br>Se porte à la défense des droits de l'usager et agit à titre de porte-parole dans le réseau de la santé ou autres. | Les infirmières pivots (CLSC et CHSGS) se transmettent (téléphonique ou électronique), suivant les règles de confidentialité, toute information pertinente pour une compréhension mutuelle de la situation de l'usager.<br>L'infirmière pivot n'assume pas à elle seule les fonctions d'évaluation, de coordination, de référence, d'information et de soutien. Cependant, elle a une responsabilité particulière à cet égard. |

[14] Le formulaire de demande de services devra comporter les noms et localisation des infirmières pivots du territoire ainsi que les informations minimales à transmettre sur l'usager.

| MODÈLE D'UN CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE | | CHEMINEMENT DES INTERVENTIONS DU PROFESSIONNEL | PARTICULARITÉS |
|---|---|---|---|
| Traitements en CHSGS ou en CLSC | Chirurgie; Radiothérapie; Chimiothérapie | Poursuite des traitements en clinique externe en oncologie ou en CLSC si indiqué.<br><br>**L'équipe interdisciplinaire régionale ou locale en oncologie (dont l'infirmière pivot fait partie) assure le suivi et la continuité :**<br><br>Informe l'usager (et ses proches) et l'implique à la prise de décision.<br>Informe les usagers des possibilités de participer à des programmes de recherche.<br>Tient compte, s'il y a lieu, des ententes formelles intra, inter ou suprarégionales.<br><br>**L'infirmière pivot :**<br>S'assure d'être informée de tout changement significatif relatif aux traitements et participe, au besoin, à la transmission de cette information au médecin de famille. | |
| Période de rémission | | **L'infirmière pivot de l'équipe interdisciplinaire en CLSC :**<br>Maintient au besoin le contact avec l'usager et le réfère aux ressources concernées le cas échéant. | |
| Si récidive après rémission | Reprise des traitements à visée curative ou à visée palliative | Poursuite des traitements selon l'évolution de la maladie.<br><br>**Le médecin, en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire en oncologie (dont l'infirmière pivot fait partie) :**<br><br>Évalue les choix d'options possibles de traitement dans le cas d'une récidive.<br>Informe l'usager et ses proches de ces choix.<br>Tient compte du rôle de l'usager à la prise de décision.<br>Transmet l'information au médecin de famille.<br>Réfère, si pertinent, à l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital ou du CLSC pour tout contrôle des symptômes et de la douleur.<br><br>**L'infirmière pivot en CHSGS :**<br>Réfère l'usager à l'infirmière pivot du CLSC et transmet les renseignements pertinents.<br>Transmet la demande au service 24/7 Info-Santé en l'absence de l'infirmière pivot.<br>**L'infirmière pivot en CLSC :**<br>Prend contact avec l'usager dans les 24-48 heures et s'assure que l'intervenant concerné le rencontre dans un délai maximal d'une semaine pour évaluation complète des besoins.<br>Assure le lien avec les ressources cliniques concernées du milieu. | L'usager est habituellement investigué au centre hospitalier, lors d'une récidive.<br><br>Une collaboration professionnelle étroite et des mécanismes de liaison efficaces sont nécessaires pour assurer une fluidité des services CHSGS↔CLSC *(soins à domicile)* et pour respecter les règles de confidentialité.<br><br>L'équipe interdisciplinaire en oncologie agit au besoin, en matière de soutien à l'équipe soignante dans l'étape de transition vers des objectifs palliatifs. |

| MODÈLE D'UN CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE | | CHEMINEMENT DES INTERVENTIONS DU PROFESSIONNEL | PARTICULARITÉS |
|---|---|---|---|
| Soins palliatifs | | **L'infirmière pivot en CLSC :**<br><br>Fait suivre la demande de service à l'équipe des soins palliatifs du CLSC et s'assure de la prise en charge du suivi de l'usager par les intervenants.<br>Collabore à :<br>- la démarche de prise de décision de l'usager et ses proches quant au choix du milieu de vie;<br>- l'élaboration et à la mise à jour du plan d'intervention;<br>- la liaison auprès de la Coopérative de services du milieu ou d'autres organismes de services de soutien à domicile;<br>- la liaison auprès du Centre de jour pour usagers en phase palliative;<br>- la liaison auprès des organismes communautaires offrant transport/accompagnement et soutien.<br><br>**L'équipe de soins palliatifs** :<br><br>Met à contribution des intervenants de différents programmes du CLSC dans le suivi (services courants, ligne Info-Santé, équipe interdisciplinaire de soins palliatifs, services médicaux 24/7, services pharmaceutiques 24/7, trousse d'urgence pharmacologique, Télésurveillance, etc.) et la prévention des plaies. | L'infirmière pivot organise l'accès aux services requis de l'usager en fonction de ses besoins, de ses choix et de la mission des différents fournisseurs de services sur le territoire.<br><br>L'usager a accès gratuitement à des équipements, fournitures et aides techniques au domicile *(incluant coût de transport et installation).*<br><br>L'usager et ses proches sont assurés d'une réponse à leurs besoins physiques, psychosociaux et spirituels. |
| Adaptation-Réadaptation-Soutien | | **Prévenir l'épuisement des proches :**<br><br>L'équipe de soins palliatifs s'assure de la disponibilité, en première ligne, des ressources existantes (hébergement ou ressources communautaires) afin de favoriser le maintien à domicile de l'usager, si tel est son désir. | |
| | Présence de douleurs persistantes ou autres problèmes de santé | **L'équipe de soins palliatifs** :<br><br>S'adresse à l'équipe de soins palliatifs du CHSGS en matière d'expertise clinique.<br><br>Si nécessité d'hospitalisation en soins palliatifs en CHSGS pour stabilisation de l'état de santé, l'infirmière pivot du CLSC :<br>- Établit le lien avec le médecin traitant et l'infirmière pivot du CHSGS et applique les mécanismes formels d'hospitalisation à l'unité de soins palliatifs *(vice-versa si retour au domicile)*;<br>- Assure le transfert d'information pertinente à l'infirmière pivot du CHSGS *(vice-versa si retour au domicile).* | Des mécanismes et ententes formelles de communication sont prévus entre l'équipe des soins palliatifs du CLSC et l'équipe des soins palliatifs du CHSGS dans le cas de réadmission pour stabilisation de l'état de santé.<br><br>Des mécanismes et ententes formelles sont prévus afin d'éviter que l'usager qui doit être hospitalisé ne transite par l'urgence. |
| Soins de fin de vie | | **Si choix de retour à domicile : la maladie évolue**<br><br>Augmentation de l'intensité des services : le médecin de famille et le pharmacien sont disponibles en tout temps pour ajuster la médication.<br>L'infirmière de l'équipe de soins palliatifs planifie avec le médecin la fréquence des visites à domicile. | L'équipe de soins palliatifs s'assure de réactiver les services à domicile.<br><br>Si persistance de douleurs non adéquatement soulagées, possibilité de recours à l'hospitalisation à l'unité de soins palliatifs du CHSGS pour stabilisation. |

| MODÈLE D'UN CHEMINEMENT CLINIQUE DE LA PERSONNE | | CHEMINEMENT DES INTERVENTIONS DU PROFESSIONNEL | PARTICULARITÉS |
|---|---|---|---|
| | | **Si séjour à domicile est devenu trop lourd : solutions autres**<br>L'équipe de soins palliatifs accompagne l'usager dans le choix d'un autre milieu et en fonction des disponibilités *(ex : transfert au CHSGS à l'unité de soins palliatifs, maison spécialisée en soins palliatifs, lit de soins palliatifs en première ligne, etc.).*<br>L'infirmière en soins palliatifs transmet les informations pertinentes à l'infirmière du nouveau milieu si nécessaire.<br>L'infirmière en soins palliatifs informe, si nécessaire, l'infirmière pivot de l'équipe interdisciplinaire en oncologie. | L'équipe de soins palliatifs valide les disponibilités de milieu et organise le transfert de l'usager. |
| | | **Si séjour en maison spécialisée en soins palliatifs**<br>L'hébergement s'effectue selon le pronostic et les critères d'admission pour tous les usagers en soins palliatifs de fin de vie.<br>La maison spécialisée en soins palliatifs rend disponibles tous les services professionnels requis, en partenariat avec les établissements de santé du territoire.<br>L'équipe de soins palliatifs du CLSC assume le soutien à l'usager et à ses proches. L'accompagnement aux proches se poursuit pendant la durée du séjour et suite au décès, si nécessaire. | La maison spécialisée en soins palliatifs dispose d'une procédure d'admission.<br>L'équipe des soins palliatifs s'assure d'un suivi de deuil adéquat dans la communauté. |

## 4.6 CONDITIONS DE REALISATION A L'IMPLANTATION D'UN RESEAU DE SERVICES INTEGRES

L'intégration des interventions en matière de lutte contre le cancer dans la région de la Chaudière-Appalaches s'inscrit dans une perspective régionale/provinciale formelle de réseau.

Afin d'assurer le succès et de rencontrer les résultats recherchés dans la mise en œuvre et la consolidation de l'intégration des interventions dans la région, des conditions d'une part essentielles et, d'autre part, connexes ou facilitantes devront être réunies. Finalement, ces conditions interpelleront tous les acteurs concernés à coopérer à l'intégration des interventions en matière de lutte contre le cancer.

### *4.6.1 Conditions essentielles*

Ces conditions ont été largement introduites dans ce document et traduites sous forme d'objectifs dans le *Plan d'action régional de lutte contre le cancer 2004-2007.*

L'implantation harmonieuse et réussie du PRLC nécessitera d'obtenir des conditions de base essentielles et minimales, telles la gouverne, le financement, l'information et l'expertise.

*La gouverne*

- Des ententes de gestion signifiées avec chacun des CHSGS et CLSC-CHSLD;
- Un processus formel de désignation et de reconnaissance des équipes dédiées;
- Un processus formel de désignation et de reconnaissance des infirmières pivots;
- Un mandat formel au comité régional de lutte contre le cancer;
- Des responsabilités dévolues à l'Agence.

*Le financement*

- L'allocation d'un nouveau budget, dès 2004-2005, afin de soutenir l'implantation harmonieuse du PRLC. Les objets ou mesures de financement décrits au tableau XVI ont été tirées du Plan d'action régional 2004-2007 et permettent d'estimer le budget nécessaire à l'implantation.

## TABLEAU XVI
## *Estimation du financement requis à l'implantation du Programme régional de lutte contre le cancer 2004-2007*

| | OBJETS | FINANCEMENT | |
|---|---|---|---|
| | | **Récurrent** | **Non récurrent** |
| 1 | Activités Promotion-Prévention-Dépistage (PQDCS exclus) | $ (D*) *avec le budget de la Direction de santé publique et du PAR* | |
| 2 | Implantation infirmières pivots (13,5 ETC, incluant 0,5 ETC/CLSC) | 765 000$ (D) | |
| 3 | Consolidation des équipes en CHSGS et en CLSC *(pharmacien, nutritionniste, psychosocial, réadaptation, pastorale)* | $ (C**) *à être estimé lors de l'implantation du PRLC* | |
| 4 | Médicaments antinéoplasiques | 750 000 $ (D) | |
| 5 | Activités Surveillance-Recherche et Évaluation en matière de cancer | 38 000 $ (D) (1/2 ETC)$ | |
| 6 | Soutien à l'implantation et à la mise en œuvre du PRLC *(monitorage implantation et suivi implantation)* | 76 000 $ (D) (1 ETC à l'Agence) | |
| 7 | Soutien activités secrétariat professionnel et soutien au Comité régional et aux sous-comités qui seront formés | 35 000 $ (D) (1 ETC à l'Agence) | |
| 8 | Soutien des travaux du comité régional de lutte contre le cancer | 6 000 $ (D) | |
| 9 | Outils didactiques et communication | | 10 000 $ (D) |
| 10 | Formation continue | 15 000 $ (D) | |
| 11 | Consolidation groupes entraide cancer sein | 60 000 $ (C) | |
| | **TOTAL** | **1 745 000 $** | **10 000 $** |
| | **GRAND TOTAL** | **1 755 000 $** | |

***D : Développement**

****C : Consolidation**

*L'information*

- Des modalités formelles de communication;
- Des ententes ou protocoles formels;
- Un processus de gestion des données;
- Des indicateurs de résultats (structure, processus, résultats);
- Le degré d'atteinte des résultats;
- La gestion des écarts;
- L'évaluation du programme.

*L'expertise*

- Une formation de base;
- Du personnel dédié;
- Des équipes dédiées;
- Des programmes de formation continue.

### *4.6.2 Conditions facilitantes*

Ces conditions interpellent des éléments implicitement requis pour faciliter la mise en œuvre du PRLC dans la région de la Chaudière-Appalaches. Parmi les principales conditions, citons :

- Implantation des futurs réseaux locaux de services (au nombre de quatre);
- Leadership, engagement continu et responsabilités conjointes des divers décideurs et acteurs tant au niveau de l'Agence, des gestionnaires des établissements que des équipes cliniques;
- Plan d'action régional et plans d'action locaux partagés formant consensus;
- Mobilisation formelle et tangible des divers décideurs et acteurs;
- Choix collectif de lutter contre le cancer;
- Approche clinique intra, inter et trans-organisationnelle axée sur la personne;
- Vision commune du continuum et de l'intégration;
- Coopération et alliances stratégiques;
- Approches novatrices d'intégration et de partenariat;
- Ressources humaines requises, incitatifs financiers, technologiques, informationnels ou autres;
- Volonté partagée de promouvoir et d'appliquer la qualité, l'accessibilité, la complémentarité, la continuité et l'efficience des services;
- Mécanismes de suivi à l'implantation et d'évaluation.

# CONCLUSION

Le Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches est le fruit d'une vaste démarche amorcée au printemps 2001, à la suite de la mise sur pied du comité régional de lutte contre le cancer.

Ce document a, d'abord, fait état de quelques éléments du profil de la région, de l'organisation des services, des points saillants de l'état de situation ainsi que des assises du PQLC. Ces éléments ont permis d'établir le lien avec le futur réseau de services intégrés de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches et le Plan d'action régional.

Par la suite, les éléments favorisant une plus grande intégration des interventions ont été décrits, tels les équipes interdisciplinaires, l'infirmière pivot et le cheminement clinique de la personne atteinte du cancer. Des conditions permettant l'implantation harmonieuse du PRLC ont également été proposées.

La prochaine étape concerne l'implantation du PRLC dans une perspective de réseau intégré. L'implantation d'un tel programme constitue un défi de taille, si l'on considère les dimensions et les leviers de l'intégration : la gouverne, le financement, l'information et l'expertise clinique ainsi que la perspective du continuum de services, de la Promotion-Prévention jusqu'aux soins palliatifs.

De fait, une volonté partagé des décideurs, un leadership associé ainsi que des investissements financiers seront nécessaires pour soutenir la mise en place des différents éléments organisationnels du plan d'action, et contribuer à l'amélioration de la santé de la population de la région et à l'amélioration de la qualité des services aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches.

# LISTE DES RÉFÉRENCES

CENTRE DE RECHERCHE HÔPITAL CHARLES LEMOYNE, CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE ET RÉGIONAL DE LA MONTÉRÉGIE, équipe de recherche Élise Comtois et collaborateurs. *Bilan de l'expérience des infirmières pivots en oncologie, 2001-2003 un nouveau rôle en émergence, rapport préliminaire.* Greenfield Park, Avril 2003, 25 p.

CHAMPAGNE FRANÇOIS, CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ-PIERRE, DENIS JEAN-LOUIS, Département d'administration de la santé et GRIS, Université de Montréal. *L'intégration des soins et des services dans le domaine du cancer, Recueil de textes,* Montréal, 18-19 Février 2003.

GAGNÉ, DENISE, LECHASSEUR, JEANNINE, DROLET, MARIE-JOSÉE. *Programme régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (12) Portrait régional,* Sainte-Marie, RSSS de Chaudière-Appalaches, DOSAMU, Avril 2002, 180 p.

QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Comité consultatif sur le cancer. *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe.* Québec, Octobre 1997, 185 p.

QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Conseil québécois de lutte contre le cancer. *L'intervenant pivot en oncologie un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes du cancer,* Québec, Novembre 2000, 42 p.

QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des communications. *Pour faire les bons choix chez soi : le premier choix la politique de soutien à domicile,* Québec, 2003, 43 p.

QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction des communications. *Programme national de santé publique 2003-2012,* Québec, 2003, 133 p.

QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires. *Le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches - paramètres d'organisation,* document de travail, Programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, mars 2004, 35 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, comité sur l'hébergement temporaire. *Cadre de référence programme d'hébergement temporaire offert aux adultes en perte d'autonomie de la région de la Chaudière-Appalaches,* Sainte-Marie, Juin 1997, 14 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES, comité aviseur avec la collaboration du Dr Alain Larouche. *Organisation des services hospitaliers de 2e et de 3e lignes en santé physique et en santé mentale pour la région de la Chaudière-Appalaches,* Sainte-Marie, Juin 2003, 67 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Document de travail sur l'implantation de l'intervenant pivot en oncologie,* Trois-Rivières, Mai 2003, 4 p.

# Annexe I

## MANDAT DU COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

## MANDAT DÉCRIT AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

## MANDAT DU COMITÉ RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

| | *Composition* | *Description et mandat* |
|---|---|---|
| **Comité régional de lutte contre le cancer** | | Pour être en mesure de concevoir un programme qui répond aux besoins et qui respecte les particularités de chacune des régions, il est important que chaque Agence s'associe à ses partenaires engagés dans la lutte contre le cancer. L'harmonisation entre la planification, l'implantation et le fonctionnement du programme ne pourra se faire que si tous les partenaires sont partie prenante du programme.<br><br>**Principal mandat[15] :**<br>• D'adapter, pour la région, un Programme de lutte contre le cancer à partir des orientations du PQLC;<br>• De préciser la nature des services offerts aux personnes atteintes et mentionner ses activités de promotion, de prévention, de dépistage et d'évaluation;<br>• De veiller à l'intégration des réponses aux besoins de la population et des individus;<br>• De reconnaître l'expertise selon les critères établis;<br>• De proposer des mécanismes permettant d'assurer la coordination des services existants et de combler les lacunes;<br>• D'évaluer les besoins de formation;<br>• De proposer des modalités pour une utilisation rationnelle des ressources du réseau et des ressources bénévoles;<br>• De proposer des mesures de résultats;<br>• De recommander des moyens de diffusion du programme régional auprès de la population de sa région. |

[15] Référence : Gouvernement du Québec, 1997. Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. p 48.

# Annexe II

## ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION

### MANDAT DÉCRIT AU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER

ÉQUIPE RÉGIONALE D'INTERVENTION AUPRÈS DE LA POPULATION :

| | ***Composition*** | ***Description et mandat*** |
|---|---|---|
| **Équipe régionale d'intervention auprès de la population : Prévention-Promotion-Dépistage** | L'Agence (Direction de santé publique, Direction de l'organisation des services, des affaires médicales et universitaires)<br>CLSC-CHSLD<br>CHSGS<br>Organismes communautaires<br>Professionnels cliniciens (médecins, pharmaciens, diététistes, psychologues, etc.)<br>Ou autres secteurs d'activités pertinents (éducation, environnement, municipalités, etc.) | Formuler les objectifs régionaux en lien avec les objectifs nationaux;<br>Adapter les stratégies, les études de besoins, l'information à la population et le renforcement des campagnes nationales;<br>Définir les responsabilités au regard de la coordination des activités et de la concertation entre les partenaires, nécessaires au fonctionnement de programmes de promotion et de prévention, de dépistage systématique ainsi que le soutien à leur mise en œuvre, à l'évaluation du déroulement et de l'effet des programmes et à la surveillance épidémiologique.<br>**Principal mandat[16] :**<br>• Assurer l'instauration, la coordination et le suivi des activités de promotion-prévention et de dépistage systématique selon le PRLC;<br>• Assurer l'intégration et le maintien des activités de promotion de la santé et de prévention du cancer au sein du réseau régional intégré de lutte contre le cancer;<br>• Assurer la diffusion de l'information pertinente en promotion-prévention tant dans la population qu'auprès des intervenants;<br>• Assurer la disponibilité de l'expertise en promotion-prévention pour des consultations en matière d'intervention auprès de la population;<br>• Assurer l'acquisition et la disponibilité de l'expertise en matière de surveillance et de suivi pour éclairer les travaux de planification, d'implantation, de suivi et d'évaluation du PRLC;<br>• Contribuer à l'interprétation des données et à l'intégration continue des nouvelles connaissances en matière de promotion-prévention dans le PRLC pour mieux intervenir en cette matière auprès de la population. |

[16] Inspiré de : Gouvernement du Québec, 1997. Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe. p. 49 à 51 et 182.

# Annexe III

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LOCALE EN ONCOLOGIE : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

### ATTENTES MINIMALES SPÉCIFIÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)[17]

[17] Les attentes minimales sont, à partir d'une réflexion du MSSS, une façon simplifiée pour la désignation des équipes interdisciplinaires locales en oncologie. Il s'agit de données préliminaires dont la version finale sera connue ultérieurement.

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE LOCALE EN ONCOLOGIE[18] : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

### *Mission*

***Offrir des services de soins généraux occasionnellement spécialisés et un enseignement de base à la personne atteinte du cancer et à ses proches.***

| *Mandat* | *Territoire couvert* | *Composition* |
|---|---|---|
| • L'équipe locale est responsables, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services en oncologie et de soins palliatifs dont ils peuvent avoir besoin.<br>• Elle partage la vision d'un réseau de services intégrés avec les partenaires du bassin de desserte.<br>• Elle crée et maintient des liens formels avec les équipes régionales et suprarégionales.<br>• Elle privilégie les mécanismes favorisant la participation de la personne atteinte et de ses proches à l'organisation des services. | • Le bassin de desserte de l'équipe locale est défini de façon précise par l'Agence.<br>• Toutes les personnes atteintes du cancer au Québec doivent pouvoir se référer à une équipe locale, peu importe leur lieu de résidence. | • De façon obligatoire :<br>- Médecins (dont un chargé d'assurer le leadership médical);<br>- Infirmière;<br>- Infirmière pivot;<br>- Hémato-oncologue/oncologue médical[19];<br>- Chirurgie générale[20];<br>- Pharmacien;<br>- Nutritionniste;<br>- Travailleur social ou psychologue;<br>- Ergothérapeute ou physiothérapeute;<br>- Intervenant en soins palliatifs;<br>- Coordonnateur clinico-administratif.<br>• Collaborateurs directs :<br>- Intervenant de CLSC, bénévole, OSBL, intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie, agent de pastorale, représentant des usagers<br>**** Il est important d'assurer la stabilité des membres « obligatoires », qu'ils soient à temps complet ou partiel, de l'équipe et leur participation à la formation*** |

[18] QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires. *Le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches* - paramètres d'organisation, document de travail, Programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, mars 2004, 35 p.
[19] L'expertise en hémato-oncologie, oncologie médicale ou chirurgie doit nommément être désignée et faire partie de l'équipe locale. Toutefois, le lieu de pratique principal du spécialiste détenant cette expertise peut être au CH régional.
[20] Ibid.

## Critères de désignation axés sur :

### L'accessibilité

- L'équipe locale offre des soins généraux pour tous les sièges de cancer ainsi que des soins spécialisé selon certaines sièges tumoraux;
- L'équipe locale maintient un accès à l'expertise en termes de services de soutien[21] de base;
- L'équipe locale s'assure que :
  - les besoins soient identifiés lors d'une évaluation systématique (évaluation des besoins biopsychosociaux de la personne atteinte et de ses proches);
  - les interventions soient planifiées (élaboration d'un plan d'intervention en accord avec l'usager);
  - les traitements soient effectués et coordonnés;
  - les soins et les services soient évalués;
- L'équipe locale a accès à des ressources diagnostiques dans le réseau local ou ailleurs (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie et son étendue;
- L'équipe locale maintient un accès formel à l'expertise régionale et suprarégionale pour les cas difficiles et complexes;
- L'équipe locale assure à l'usager un accès direct pour traiter les complications courantes reliées aux traitements effectués;
- L'équipe locale a l'expertise, l'environnement et les ressources matérielles et financières pour procéder à l'administration de protocoles de chimiothérapie standards chez l'adulte[22];
- L'équipe locale s'appuie sur la participation régulière de chirurgiens généraux pour assurer les services aux personnes atteintes d'un cancer du sein ou du cancer colorectal selon les normes en vigueur. Les modalités relatives à cette participation doivent être établies;
- Le médecin de famille peut facilement référer son usager à l'équipe locale.

### La coordination et la continuité

- L'équipe locale établit et maintient des liens concrets (communication) avec tous les partenaires de son bassin de desserte, particulièrement :
  - le médecin de famille de la personne atteinte ou les groupes médicaux;
  - les services ambulatoires de proximité (CHSGS, CLSC), incluant l'urgence;
  - l'équipe de soins palliatifs de fin de vie;
  - les pharmacies;
  - les organismes communautaires;
  - les cliniques dentaires;
- L'équipe locale établit un arrimage fonctionnel avec une ou des équipes de soins palliatifs de fin de vie;
- L'équipe locale convient avec l'équipe régionale de l'utilisation d'outils cliniques (guide de pratique, protocole de référence, outil de communication, etc.).

### La qualité

- L'équipe locale respecte les conditions d'organisation des services définies selon des normes de délais raisonnables, des mécanismes de communication et de formation;
- L'équipe locale participe à un comité des thérapies du cancer;
- L'équipe locale se réfère à des guides de pratique convenus avec l'équipe régionale;
- L'équipe locale collabore à l'évaluation et au monitorage des interventions;
- Le médecin assurant le leadership médical et le coordonnateur clinico-administratif s'assurent du fonctionnement interdisciplinaire et du soutien des membres de l'équipe dans leur travail quotidien;
- Pour permettre l'intégration clinique et pour améliorer la qualité des services, l'équipe locale examine le parcours de clientèles cibles (ex. : cancer du sein ou colorectal) et le compare au parcours optimal afin d'identifier les écarts à combler.

---

[21] Le concept de soutien réfère à un ensemble de services et de soins offerts à la personne atteinte du cancer et à ses proches visant à favoriser l'adaptation à la maladie et la réadaptation. Les dimensions touchées : physique, psychologique, émotionnelle et sociale, spirituelle, pratique et relative à l'information.

[22] En ce qui concerne la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe locale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale en oncologie pédiatrique.

# Annexe IV

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE RÉGIONALE EN ONCOLOGIE : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

## ATTENTES MINIMALES SPÉCIFIÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)[23]

[23] Les attentes minimales sont, à partir d'une réflexion du MSSS, une façon simplifiée pour la désignation des équipes interdisciplinaires régionales en oncologie. Il s'agit de données préliminaires dont la version finale sera connue ultérieurement.

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE RÉGIONALE EN ONCOLOGIE[24] : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

### *Mission*

***Offrir des services principalement spécialisés et parfois surspécialisés aux personnes atteintes du cancer de même qu'un enseignement de base et spécialisé aux intervenants de toute la région et mener des activité de recherche.***

| *Mandat* | *Territoire couvert* | *Composition* | |
|---|---|---|---|
| • L'équipe régionale est responsable de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services spécialisés et surspécialisés en oncologie et en soins palliatifs dont ils peuvent avoir besoin et qui ne sont pas disponibles au sein de l'équipe locale;<br>• Elle partage la vision d'un réseau de services intégrés, elle crée et maintient des liens avec les équipes locales et suprarégionales;<br>• Elle est responsable d'offrir l'expertise conseil aux équipes locales, et ce, pour tous les volets;<br>• Pour le territoire de proximité, elle peut cumuler le mandat d'une équipe locale. | • Le bassin de desserte de l'équipe régionale doit être défini par l'Agence;<br>• À la demande de l'Agence, l'équipe peut agir comme équipe régionale pour une autre région administrative suite à une entente entre les agences régionales concernées. | • De façon obligatoire :<br>- Médecins (dont un chargé d'assurer le leadership médical);<br>- Infirmière avec expertise en oncologie;<br>- Infirmière pivot;<br>- Hémato-oncologue/ oncologue médical selon le siège;<br>- Radio-oncologue;<br>- Chirurgien;<br>- Pathologiste;<br>- Radiologiste;<br>- Pharmacien avec expertise en oncologie;<br>- Psychologue avec expertise en oncologie;<br>- Travailleur social avec expertise en oncologie;<br>- Nutritionniste avec expertise en oncologie;<br>- Spécialiste en réadaptation selon les sièges couverts;<br>- Archiviste. | • Collaborateurs directs :<br>- Intervenant de CLSC, bénévole, OSBL, intervenant ou équipe de soins palliatifs de fin de vie, dentiste, agent de pastorale, psychiatre. |

[24] QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires. *Le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches - paramètres d'organisation*, document de travail, Programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, mars 2004, 35 p.

## Critères de désignation axés sur :

***Note : L'équipe régionale a nécessairement une désignation locale et doit répondre aux critères se rapportant à l'équipe locale***

| L'accessibilité | La coordination et la continuité | La qualité |
|---|---|---|
| • L'équipe régionale doit avoir des liens formels – concrétisés dans des ententes et mises à jour périodiquement – avec les équipes locales de sa région administrative;<br>• L'équipe régionale peut être unisiège tumoral ou multisiège tumoral[25];<br>– Unisiège tumoral : organisation des services qui permet de traiter un seul siège tumoral;<br>– Application des critères du PQLC (à mettre à jour);<br>– Multisiège tumoral : organisation des services qui permet de traiter les cancers les plus fréquents;<br>– Il s'agit d'une équipe de référence pour 3 ou 4 des cancers les plus fréquents (poumon, sein, colorectal ou prostate) ; l'équipe régionale fait de la chirurgie complexe du cancer du sein et colorectal en plus de la chirurgie de base pour le cancer du poumon et de la prostate;<br>• L'équipe régionale a accès à des ressources diagnostiques (pathologie, imagerie médicale, etc.) pour évaluer la maladie complexe et son étendue;<br>• La radiothérapie fait partie de la gamme de services offerts et ses professionnels sont intégrés dans l'organisation;<br>• son champ d'expertise pour chaque siège tumoral concerne tout ce qui n'est pas d'expertise suprarégionale;<br>• il n'est pas nécessaire que le plateau technique soit présent dans l'établissement, toutefois l'expertise en radio-oncologie doit nommément être désignée et faire partie intégrante de l'équipe régionale. | • L'équipe régionale a l'obligation d'établir des liens avec l'équipe suprarégionale;<br>• L'équipe régionale convient avec les équipes locales et les équipes suprarégionales de l'utilisation d'outils cliniques (guide de pratique, protocole de référence, outil de communication, etc.). | • L'équipe régionale a un comité des thérapies du cancer (avec ressource nécessaire à son fonctionnement), et elle facilite la participation des équipes locales;<br>• L'équipe régionale soutient les équipes locales dans l'examen du parcours thérapeutique des personnes atteintes du cancer et dans les ajustements à apporter pour se conformer au parcours thérapeutique optimal. |

[25] En ce qui concerne la clientèle pédiatrique, toute prise en charge par une équipe régionale doit se faire selon les protocoles reconnus et en partenariat avec une équipe suprarégionale en oncologie pédiatrique.

# Annexe V

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE SUPRARÉGIONALE EN ONCOLOGIE : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

### ATTENTES MINIMALES SPÉCIFIÉES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS)[28]

[28] Les attentes minimales sont, à partir d'une réflexion du MSSS, une façon simplifiée pour la désignation des équipes interdisciplinaires suprarégionales en oncologie. Il s'agit de données préliminaires dont la version finale sera connue ultérieurement.

## ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE SUPRARÉGIONALE EN ONCOLOGIE[27] : PRESTATION DES SERVICES AUX PERSONNES ATTEINTES ET À LEURS PROCHES

### *Mission*

***Offrir des services surspécialisés aux personnes atteintes du cancer pour un siège tumoral spécifique, de l'enseignement universitaire et de la formation de même que faire de l'évaluation de nouvelles technologies et de la recherche.***

| *Mandat* | *Territoire couvert* | *Composition* |
|---|---|---|
| • L'équipe suprarégionale est responsable de développer et de maintenir, pour la personne atteinte et ses proches, un accès facile à la gamme de services ultraspécialisés en oncologie dont ils peuvent avoir besoin et qui ne sont pas disponibles au sein de l'équipe régionale;<br>• L'équipe suprarégionale partage la vision d'un réseau intégré de services, elle crée et maintient des liens avec les équipes régionales;<br>• Elle est responsable d'offrir l'expertise pour le bassin de desserte identifié. Elle fait partie d'un RUIS et assure les mandats correspondants;<br>• Dans le cadre de la concertation interRUIS, les équipes suprarégionales dédiées à un même siège tumoral collaborent entre elles. | • Le bassin de desserte est défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux. | • De façon obligatoire :<br>- Sera définie lors de travaux ultérieurs.<br>• Collaborateurs directs :<br>- Sera définie lors de travaux ultérieurs. |

[27] QUÉBEC (GOUVERNEMENT), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des affaires médicales et universitaires. *Le continuum de services pour les personnes atteintes du cancer et leurs proches - paramètres d'organisation*, document de travail, Programme québécois de lutte contre le cancer, Québec, mars 2004, 35 p.

## Critères de désignation axés sur :

***Note : L'équipe suprarégionale peut, pour des territoires de proximité, cumuler les mandats d'une équipe locale et régionale. Elle doit répondre aux critères se rapportant à ces équipes.***

| L'accessibilité | La coordination et la continuité | La qualité |
|---|---|---|
| • Seront définis lors de travaux ultérieurs. | • L'équipe suprarégionale a l'expertise ultraspécialisée disponible en lien avec le siège tumoral visé par la désignation qu'elle détient ou par son expertise dans le traitement des cancers pédiatriques;<br><br>• L'équipe suprarégionale a la responsabilité d'établir des liens avec l'équipe locale pour la continuité des services de la personne atteinte dans son milieu de vie, ceci pour les cancers les moins fréquents lorsqu'il n'y a pas d'équipe régionale de proximité ou lorsqu'elle assume le rôle d'équipe régionale pour son bassin de desserte;<br><br>• D'autres critères seront définis lors de travaux ultérieurs. | • L'équipe suprarégionale participe, en collaboration avec les autres équipes suprarégionales, à la définition des critères de qualité applicables au siège tumoral qui la concerne;<br><br>• D'autres critères seront définis lors de travaux ultérieurs. |

# Annexe VI

## PLAN D'ACTION RÉGIONAL DÉTAILLÉ DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2004-2007 DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Chaudière-Appalaches

# PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER 2004-2007

# DE LA RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES

*Version détaillée*

Avril 2004

## OBJECTIFS GÉNÉRAUX

| | |
|---|---|
| Objectif 1 : | Assurer aux intervenants, professionnels et population de la région de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière de santé populationnelle. |
| Objectif 2 : | Réaliser les objectifs de santé en Promotion-Prévention-Dépistage (P-P-D) identifiés au Programme national de santé publique (PNSP). |
| Objectif 3 : | Assurer aux intervenants, professionnels et population de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière d'oncologie sur tout le continuum de soins pour chacun des volets d'intervention. |
| Objectif 4 : | S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient d'une approche unifiée en soins palliatifs (pour tout type de pathologies). |
| Objectif 5 : | S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient de mesures de soutien à chacune des étapes du continuum, c'est-à-dire dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie selon une approche régionale harmonisée. |
| Objectif 6 : | Assurer aux intervenants, professionnels et population des quatre sous-régions de Chaudière-Appalaches une expertise locale en matière d'oncologie. |
| Objectif 7 : | S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Investigation-Diagnostic-Traitements. |
| Objectif 8 : | S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Adaptation-Réadaptation-Soutien-Soins de fin de vie. |
| Objectif 9 : | S'assurer que chaque milieu clinique partage une philosophie commune d'intervention. |
| Objectif 10 : | S'assurer que les critères et indicateurs de performance relatifs aux activités d'Investigation-Diagnostic-Traitements-Adaptation-Réadaptation-Soutien seront conformes à ceux décrits au PQLC. |
| Objectif 11 : | Développer et actualiser les volets Surveillance/Recherche/Évaluation en matière de lutte contre le cancer. |
| Objectif 12 : | Assurer régionalement la mise en place harmonieuse des services intégrés de lutte contre le cancer ainsi que le suivi à l'implantation en confirmant le Comité régional de lutte contre le cancer (CRLC) dans son mandat. |
| Objectif 13 : | S'assurer, sur le plan régional, de la réalisation du continuum de services, de la systématisation du suivi clinique et de la circulation de l'information en période implantation et post-implantation du PRLC. |
| Objectif 14 : | Assurer le maintien et le développement de l'expertise chez les intervenants et professionnels oeuvrant en P-P-D, en Oncologie et en Soins palliatifs par la mise en place d'un programme de formation continue/mise à jour et de mesures facilitantes. |
| Objectif 15 : | Rendre disponibles auprès des intervenants et professionnels des outils didactiques et des mécanismes de communication harmonisés en soutien à l'intervention. |
| Objectif 16 : | Améliorer la connaissance de la population relativement au PRLC par la mise en place d'un plan de communication régional. |
| Objectif 17 : | Sensibiliser la population ainsi que les différents groupes ou organisations à la cause spécifique des soins palliatifs et à la qualité des milieux de vie. |

## ACCESSIBILITÉ AU PLAN RÉGIONAL ET LOCAL RELATIVEMENT À LA SANTÉ POPULATIONNELLE

**Objectif général 1 : Assurer aux intervenants, professionnels et population de la région de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière de santé populationnelle.**

| PRIORITÉ[1] | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER[2] | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D3** | L'Agence désignera une équipe régionale d'intervention auprès de la population dont les mandats et la composition s'inspirent du PQLC. | • S'inspirer du PQLC.<br>• Définir composition équipe.<br>• Élaborer modèle- cadre de fonctionnement de l'équipe. | ADRLSSSS-DSP-DOSAMU-DRFMI<br>MSSS | | 2005 | Équipe régionale d'intervention auprès de la population en place. |
| | L'équipe régionale d'intervention auprès de la population réalisera certains des mandats de l'équipe décrits dans le PQLC et dans le Programme national de santé publique (PNSP). | • Élaborer un plan d'action en s'inspirant du PQLC, PNSP et Portrait régional de lutte contre le cancer. | Équipe inter rég interv. population<br>ADRLSSSS | | 2005 et continu | Plan d'action de l'équipe disponible. |
| **C3** | Les 11 CLSC réaliseront un mandat local et un plan d'action local (PAL) en matière de Promotion-Prévention-Dépistage (P-P-D) et en lien avec les objectifs 2003-2012 du PNSP et le Plan d'action régional en santé publique (PAR) 2004-2007. | • Définir, avec les intervenants en P-P-D des 11 CLSC et de concert avec l'équipe rég intervention population, le mandat local.<br>• Identifier ressources requises en considérant les ressources actuelles.<br>• Statuer sur la composition d'une équipe de base en CLSC.<br>• Élaborer modèle-cadre de fonctionnement de l'équipe. | ADRLSSSS-DSP<br>DG /11 CLSC<br>Équipe régionale intervention population.<br>Chefs prog/11 CLSC<br>Interv. PPD/11 CLSC<br>Inf. PQDCS/11 CLSC | **$ récurrent** à identifier lors de la priorisation des activités du PAR en santé publique | 2004 et continu | Mandat local P-P-D actualisé /CLSC avec le plan d'action local (PAL). |

[1] Une priorité de réalisation a été accordée à l'objectif (ou mesure organisationnelle) et la lettre indique que cet objectif est soit à Consolider (C), à Développer (D) ou à Réaménager (R).
[2] Les échéanciers ont été estimés en fonction du contexte actuel d'organisation des services. Toutefois, ces échéanciers pourraient être assujettis à une révision périodique en fonction de l'évolution de la situation régionale.

ACCESSIBILITÉ AU PLAN RÉGIONAL ET LOCAL RELATIVEMENT À LA SANTÉ POPULATIONNELLE

## Objectif général 2 : Réaliser les objectifs de santé en Promotion-Prévention-Dépistage (P-P-D) identifiés au Programme national de santé publique (PNSP).

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les objectifs suivants inscrits au PNSP 2003 à 2012 ainsi que ceux décrits dans le Plan d'action régional (PAR) 2004-2007 en santé publique Chaudière-Appalaches seront réalisés en fonction des priorités retenues :<br>**Habitudes de vie :**<br>*Réduire l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire;*<br>*Réduire la proportion des personnes de 15 ans et plus qui font usage du tabac de 24 % à 18 %;*<br>*Réduire l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement;*<br>*Augmenter à 80 % la proportion de personnes qui consomment au moins cinq portions de fruits et de légumes par jour;*<br>*Augmenter la pratique régulière de l'activité physique chez les jeunes de moins de 15 ans;*<br>*Augmenter de 5 % la proportion des personnes de 15 ans et plus qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique.*<br>**Milieu de travail et Santé environnementale :**<br>*Contribuer à la réduction des cancers du poumon attribuables à l'exposition au radon, à l'amiante et aux hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP);*<br>*Diminuer l'incidence des cancers de la peau;*<br>*Diminuer l'incidence des cancers des voies respiratoires, des cancers de la vessie et des autres cancers par la réduction de l'exposition des travailleurs à des substances cancérogènes;*<br>*Améliorer les habitudes de vie et diminuer l'incidence des maladies chroniques en milieu de travail.* | • Définir les objectifs selon la priorisation du PAR.<br>• Adapter les objectifs en fonction des réalités locales avec les PAL des CLSC et les besoins des intervenants du réseau.<br><br>• Obtenir la participation des équipes de santé et de sécurité au travail et de santé environnementale dans l'équipe d'intervention auprès de la population. | Équipe régionale interv. population<br>Équipe locale P-P-D /11 CLSC<br>GMF - cliniques médicales privées | | 2004 et continu<br><br>2004 et continu<br><br>2005 | Taux de réalisation/ objectifs P-P-D du PAR 2004- 2007 de santé publique. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | **Dépistage :**<br>*Poursuivre l'objectif de réduire la mortalité par cancer du sein de 25 % chez les femmes de 50 à 69 ans d'ici 2008.*<br>Particulièrement, pour le PQDCS : *Améliorer (par rapport aux autres MRC) la participation des femmes des MRC de Robert-Cliche et de Beauce-Sartigan.* | • Identifier les actions spécifiques à poser auprès des femmes et des partenaires. | DSP<br>CCSR-CRID-CDD | | 2004<br>et continu | Taux de participation des femmes de 50 à 69 ans de la région aux examens de mammographie. |
| | Définir des moyens d'améliorer l'intégration de la P-P-D aux pratiques cliniques préventives, en particulier aux pratiques médicales préventives. | • Réaliser un portrait des activités réalisées par la DSP pour les médecins de la région.<br>• Identifier les besoins en matière de pratiques cliniques préventives.<br>• Planifier et proposer des programmes de formation aux intervenants et professionnels en matière de P-P-D. | ADRLSSSS-SP<br>Équipe régionale population<br>DRMG – CMR<br>CLSC, cliniques médicales privées et GMF | | 2004<br>et continu | Moyens identifiés. |
| | Améliorer le counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires et l'activité physique. | • Faire la promotion des activités de P-P auprès des intervenants de CLSC et des médecins omnipraticiens des cliniques médicales privées et des GMF. | | | 2005 | |
| | Améliorer le soutien aux cliniciens pour la détection précoce du cancer du sein et du cancer du col. | • Faire la promotion des activités de dépistage reconnues efficaces dont le PQDCS, en collaboration avec le MSSS.<br>• Collaborer à la diffusion de guides de pratique en collaboration avec le provincial.<br>• Planifier et proposer des programmes de formation médicale en matière de dépistage autres que le cancer du sein. | | | 2004<br>et continu<br>2005-2006<br>2006 | |

## ACCESSIBILITÉ AU PLAN RÉGIONAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 3 : Assurer aux intervenants, professionnels et population de Chaudière-Appalaches une expertise régionale en matière d'oncologie sur tout le continuum de soins pour chacun des volets d'intervention.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D1** | L'Agence désignera une équipe interdisciplinaire régionale en oncologie dans le centre hospitalier régional HDL, dont la composition réfère aux attentes signifiées par le MSSS. | • S'inspirer des attentes du MSSS.<br>• Obtenir une implication formelle du CA-HDL.<br>• Désigner les membres de l'équipe. | ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>CRLC<br>DG et CA - HDL<br>MSSS | | Juin 2004 | Équipe interdisciplinaire régionale en oncologie en place et membres nommés. |
| | Une infirmière pivot (soit 1 poste ETC) sera désignée à l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie selon un processus uniforme harmonisé régionalement par un comité de sélection spécifique pour le choix des infirmières pivots. *(Réf. : à l'objectif no 6 pour la nomination des autres infirmières pivots au plan local).* | • Établir un comité de sélection régional.<br>• Définir le canevas d'entrevue de sélection en se référant au PRLC et au CQLC.<br>• Élaborer un contenu uniforme d'affichage de poste.<br>• Réaliser entrevues de sélection.<br>• Nommer infirmière pivot. | Comité de sélection spécifique infirmières pivots composé de personnes désignées dont un membre du comité régional de lutte contre le cancer, un représentant de l'établissement concerné et un représentant d'un établissement partenaire CLSC-CHSLD. | **56 500 $ récurrent** (1 ETC) | Oct 2004 | Nombre d'infirmière pivot en place dans l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie. |
| **D1** | L'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie réalisera la mission et les mandats de l'équipe selon les attentes minimales signifiées par le MSSS aux plans accessibilité, coordination, continuité et qualité. | • Référer aux attentes du MSSS.<br>• Élaborer un modèle - cadre de fonctionnement de l'équipe.<br>• Disposer d'un plan d'action.<br>• Concevoir, développer et rendre disponibles les divers outils cliniques. | Équipe interdisciplinaire régionale oncologie<br>Équipes interdisciplinaires locales oncologie<br>dsp – CMDP<br>DRMG – CMR<br>DSI - Chef service oncologie | | Oct 2004 et continu | Par rapport aux attentes du MSSS :<br>- Degré d'atteinte de chacun des mandats de l'équipe inter. rég. oncologie;<br>- Degré de conformité des mandats reliés aux sièges tumoraux. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D1 | | • Évaluer la faisabilité de développer un outil permettant la collecte, la conservation et l'utilisation facile des informations médicales des usagers.<br>• Identifier voies formelles d'accès et de communication pour les services auprès des différents partenaires.<br>• Participer avec les équipes interdisciplinaires locales en oncologie à tous les travaux de collaboration. | | | | Degré de satisfaction des communications (liens) avec les équipes inter. locales, régionales et suprarégionales. |
| C3 | L'Agence confirmera à l'HDL son mandat régional pour les activités Investigation-Diagnostic- Traitements pour les cancers de l'appareil respiratoire. | • Considérer modèle d'org. des services spécialisés dans la région Chaudière-Appalaches.<br>• Viser l'autonomie régionale et l'expertise en place pour la plupart des cancers du poumon.<br>• Formaliser le mandat et les ententes inter-établissements. | CA - ADRLSSSS<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI, DG HDL, DRMG | | Juin 2004 | Types d'activités à HDL en I-D-T/ cancers appareil respiratoire. |
| D3 | Les services Investigation et Diagnostic seront développés à l'aide d'appareillage plus spécialisé. | • Dresser état situation services.<br>• Disposer d'un cadre de gestion équipements.<br>• Estimer le requis d'équipements.<br>• Déposer projet développement au MSSS. | DG/4 CHSGS<br>Équipes inter régionale et locales oncologie<br>ADRLSSSS-DOSAMU, DRMFI, MSSS | Budget sera comblé par programme spécifique MSSS pour équipements spécialisés | 2005 et continu | Types services disponibles en Investigation Diagnostic en fonction du mandat régional en oncologie. |
| C3 | L'accès à un PET scan sera assuré et facilité pour la clientèle de Chaudière-Appalaches. | • Établir corridor de services formel avec d'autres régions.<br>• Évaluer possibilité d'obtenir l'appareillage dans la région. | Équipe inter régionale oncologie<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>MSSS | | 2004 et continu | Corridors formels de services pour PET scan. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D1** | Les services de radiothérapie seront disponibles dans la région d'ici 2008. | • Documenter les besoins du service et ressources.<br>• Poursuivre les démarches en cours pour l'obtention du service de radiothérapie dans la région.<br>• Poursuivre représentations au MSSS. | ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>DG HDL<br>MSSS | **$ récurrent** à identifier ultérieurement selon le projet final à venir | Continu | Degré d'avancement annuel du dossier de radiothérapie. |
| **C3** | Les services médicaux spécialisés seront disponibles au plan régional, plus particulièrement dans les territoires périphériques. | • Identifier des mesures pour faciliter la rétention des médecins spécialistes.<br>• Considérer le document modèle d'organisation des services spécialisés dans la région Chaudière-Appalaches. | DRMG – CMR, CMDP, ADRLSSSS-DOSAMU, DG-CHSLD | | Continu | Degré d'accès aux médecins spécialistes par sous-région. |
| | Augmenter de 4 % l'autonomie régionale pour les activités de diagnostic et de traitements dans les cas de tumeurs d'ici 5 ans. | • Identifier, à l'aide des banques de données prov. les sièges de cancer en cause.<br>• Identifier les coûts usager/siège cancer.<br>• Appliquer des mesures de rétention de la population en fonction des mandats régional et local.<br>• Ajuster au fur et à mesure le budget en fonction de la population desservie. | Équipe inter régionale oncologie, ADRLSSSS-DOSAMU, DG-CHSLD, MSSS, CA – ADRLSSSS | | Continu | Taux de rétention I-D-T régional/ siège cancer % financement requis. |
| **D3** | L'expertise dans les traitements de stomothérapie (plaies, stomies) sera consolidée dans la région. | • Identifier un professionnel au régional et attribuer un mandat.<br>• Dispenser formation-mise à jour, si nécessaire. | Équipe inter régionale oncologie | | Janv 2005 | Degré d'accès à une expertise régionale en stomothérapie. |

## ACCESSIBILITÉ AU PLAN RÉGIONAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 4 : S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient d'une approche unifiée en soins palliatifs (pour tout type de pathologies) en conformité aux orientations nationales.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D2 | Chaque milieu clinique adoptera le modèle régional de cheminement clinique de la personne atteinte du cancer du diagnostic au suivi post-traitement en lien avec les orientations nationales. | • Référer au modèle décrit au PRLC.<br>• Référer aux orientations nationales en soins palliatifs.<br>• Favoriser formation continue chez intervenants, professionnels et médecins. | DG/CHSGS-CLSC CHSLD-CH, DRMG–CMR, CIR, CMUR, ADRLSSSS–DOSAMU, CRLC-MSSS | | 2004 et continu | Satisfaction des milieux cliniques par rapport au modèle de cheminement clinique régional. |
| | Des outils harmonisés communs, tels, algorithmes cliniques, trajectoire de soins et de services/siège de cancer, bottin des ressources, etc. seront disponibles régionalement. | • Inventorier les outils existants.<br>• Élaborer ou mettre à jour les outils.<br>• Obtenir consensus régional.<br>• Identifier moyens et modalités de diffusion. | Équipe inter régionale oncologie DRMG – CMR Équipes inter locales oncologie, ADRLSSSS-DOSAMU | **10 000 $ non récurrent** (Budget global de développement outils cliniques et communication) | 2004-2006 | Types d'outils cliniques harmonisés disponibles au plan régional. |
| C2 | Des balises cliniques dans le soulagement de la douleur seront déterminées régionalement. | • Référer au guide provincial.<br>• Obtenir consensus régional.<br>• Élaborer ou adapter un guide ou protocole médical clinique et diffuser en CHSGS, CLSC, CHSLD, GMF et cliniques médicales privées. | Équipes inter. régionale et locales oncologie DRMG – CMR ADRLSSSS-DOSAMU | | Déc. 2004 | Disponibilité d'un guide clinique de soulagement de la douleur au plan régional. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN RÉGIONAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 5 : S'assurer que les usagers et leurs proches bénéficient de mesures de soutien à chacune des étapes du continuum, c'est-à-dire dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie selon une approche régionale harmonisée.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C1 | Des mesures de soutien systématiques seront précisées à chacune des étapes de la trajectoire de service/siège de cancer, c'est-à-dire, dès l'annonce du diagnostic jusqu'aux soins de fin de vie. | • Préciser les activités de soutien systématiques réalistes à inclure à la trajectoire de service pour l'usager (et les proches) de façon à orienter l'usager dès l'annonce du diagnostic.<br>• S'inspirer du PQLC et PRLC.<br>• Obtenir un consensus régional.<br>• Définir un ou des mécanismes pour diffuser les trajectoires. | Équipes inter. régionale et locales oncologie, ADRLSSSS – DOSAMU | | 2004-2005 | Types dc mesures de soutien systématique identifiées à la trajectoire de services /siège cancer/étapes continuum. |
| R2 | Chaque milieu clinique associera et soutiendra les bénévoles et les animateurs de pastorale ou prêtres dans les activités auprès des usagers et des proches. | • S'inspirer du PQLC, PRLC et Cadre prov. de référence pour l'organisation de la pastorale en établissements de santé et de services sociaux.<br>• S'associer des bénévoles, groupes communautaires ou personnes ayant une expertise.<br>• Formaliser les rôles et fonctions dans l'équipe.<br>• Établir des ententes formelles avec les partenaires.<br>• Réviser l'organisation du travail.<br>• Déterminer les types de soutien professionnel. | DSI/4 CHSGS, Chef serv. et prog./ 11 CLSC-CHSLD<br>Animateurs pastorale, Groupes communautaires concernés | | 2004 et continu | Nombre de bénévoles impliqués dans les activités/ établissement.<br><br>Nombre d'animateurs de pastorale impliqués dans les activités/ établissement.<br>Type de mesures de soutien bénévoles et animateurs de pastorale/ établissement. |

## ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 6 : Assurer aux intervenants, professionnels et population des quatre sous-régions de Chaudière-Appalaches une expertise locale en matière d'oncologie.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D1 | L'Agence désignera quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie (une par territoire de desserte hospitalière) dont une aura aussi un mandat régional (HDL). La composition de ces équipes devra s'inspirer des attentes signifiées par le MSSS. | • Référer aux attentes du MSSS.<br>• Obtenir une implication formelle des CA des établissements/4 sous-régions.<br>• Désigner membres des équipes. | ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>CRLC<br>DG/établissements/ 4 sous-régions<br>MSSS | | Juin 2004 | Nombre d'équipe inter. locale en oncologie en place/sous-région. |
| | Les infirmières pivots seront désignées dans chacune des quatre équipes interdisciplinaires locales en oncologie selon un processus uniforme harmonisé régionalement par un comité de sélection spécifique. Au total 12½ postes ETC d'infirmières pivots incluant 0,5 ETC/CLSC seront répartis dans chacun des bassins de desserte de la façon suivante : Amiante : 1,8 ETC; CHBE : 3 ETC; HDM : 2,2 ETC; Littoral : 5,5 ETC. | • Idem objectif 3 « infirmière pivot de l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie ». | Comité de sélection spécifique infirmières pivots dont :<br>- Un membre CRLC;<br>- Un représentant des établissements concernés du bassin de desserte. | **708 500 $ récurrent** (12,5 ETC) | 2004-2007 | Nombre d'infirmières pivots en place/ équipe inter. locale en oncologie/bassin de desserte. |
| | Chaque équipe interdisciplinaire locale en oncologie réalisera la mission et les mandats de l'équipe selon les attentes minimales signifiées par le MSSS aux plans accessibilité, coordination, continuité et qualité. | • Référer aux attentes du MSSS.<br>• Élaborer un modèle - cadre de fonctionnement de l'équipe.<br>• Disposer d'un plan d'action.<br>• Identifier voies formelles d'accès et de communication pour les services/partenaires.<br>• Collaborer avec l'équipe interdisciplinaire régionale en oncologie. | DG et CA des CHSGS, CLSC-CHSLD équipes inter rég. et locales oncologie, DSI-RSI, dsp, CMDP, DRMG – CMR, Groupes communautaires des sous-régions ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI, MSSS | | Oct 2004 et continu | Par rapport aux attentes du MSSS :<br>- Degré d'atteinte de chacun des mandats des équipes inter. locales en oncologie;<br>- Degré de conformité des mandats équipes inter. locales en oncologie;<br>- Degré de satisfaction des communications avec les partenaires et les équipes inter. locales, régionales et suprarégionales. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 7 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Investigation-Diagnostic-Traitements.**

❖ ***Deuxième ligne : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D3** | En prenant en compte l'organisation des services médicaux spécialisés dans la région et, en conformité avec son mandat régional, l'"HDL assurera aux autres CHSGS de la région la présence d'un hémato-oncologue selon les besoins requis identifiés, particulièrement à l'"HDM. | • Établir des ententes formelles avec les CHSGS de la région.<br>• Identifier et combler les nouveaux besoins s'il y a lieu.<br>• Si nécessaire, rehausser le fonctionnement à l'interne par l'ajout de ressources.<br>• Former omnipraticiens en oncologie selon les besoins. | DG - HDL<br>Équipe inter régionale et locales oncologie<br>dsp et DSI /4 CHSGS<br>DRMG- CMR<br>ADRLSSSS-DOSAMU | | 2004-2006 | - Degré d'accès aux services en hémato-oncologie/ CHSGS par rapport aux besoins requis. |
| | Les tests par appareil à scintigraphie seront disponibles à l'HDM. | • Prioriser régionalement l'équipement.<br>• Identifier ressources requises.<br>• Présenter un PFT. | DG et dsp HDM<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI | **400 000 $ non-récurrent** équipement<br>**$ récurrent** fonctionnement à identifier | 2006 | Tests de scintigraphie disponibles à l'HDM. |
| **C3** | L'accès aux médicaments antinéoplasiques sera amélioré grâce à un plan régional de gestion des médicaments antinéoplasiques. | • Obtenir un consensus régional sur les types de médicaments à utiliser.<br>• Élaborer un plan de gestion rég. médicaments antinéoplasiques.<br>• Analyser l'écart budgétaire.<br>• Présenter demande au MSSS pour rehaussement. | Équipe interd. rég. et locales en oncologie<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>dsp<br>DG/CHSGS<br>MSSS | **750 000 $ récurrent** | 2004 et continu | Degré d'accès régional aux antinéoplasiques<br>Plan de gestion régional des médicaments antinéoplasiques disponible. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les installations physiques en clinique externe en oncologie des quatre CHSGS seront plus fonctionnelles. | • Réviser organisation structurelle à l'interne.<br>• Présenter projets de réaménagement locaux.<br>• Obtenir le financement. | DG/CHSGS<br>ADRLSSSS-DRFMI | | 2006 | - Degré de fonctionnalité des installations physiques clin ext onco/CHSGS. |
| | Un local dédié aux rencontres individuelles usagers et proches sera disponible en clinique externe en oncologie dans les quatre CHSGS. | • Réviser la disposition géographique.<br>• Favoriser le regroupement de locaux. | DG/CHSGS<br>DSI/CHSGS<br>Équipes inter. locales oncologie | | 2004-2005 | Disponibilité d'un local pour rencontres individuelles usagers en clin ext onco/ CHSGS. |
| | Les installations physiques pour les soins palliatifs de fin de vie des quatre CHSGS seront plus fonctionnelles. | • Réviser organisation structurelle à l'interne.<br>• Étudier possibilité regrouper les services et l'expertise en une unité géographique. | DG/CHSGS<br>DSI/CHSGS | | 2005-2006 | Degré de fonctionnalité des installations physiques<br>Unité soins palliatifs/ CHSGS. |
| | Les installations physiques en unité de soins palliatifs des quatre CHSGS comporteront chacune un lit de stabilisation et un local réservé aux familles et proches. | • Idem. | DG/CHSGS<br>DSI/CHSGS | | 2005 | Disponibilité/CHSGS<br>- Lit de stabilisation;<br>- Local dédié aux familles et proches. |
| | Les installations physiques pour les soins en oncologie (unité de soins) seront plus fonctionnelles. | • Réviser organisation structurelle à l'interne.<br>• Favoriser regroupement lits et expertise en une unité géographique. | DG/CHSGS<br>DSI/CHSGS | | 2006-2007 | Degré de fonctionnalité des installations physiques unité oncologie par CHSGS. |
| | Des séjours d'un jour en oncologie et en soins palliatifs seront accessibles, en particulier pour stabiliser la douleur et des symptômes. | • Idem. | DG/CHSGS<br>DSI/CHSGS | | 2006-2007 | Disponibilité de séjours d'un jour en oncologie/ soins palliatifs/CHSGS. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **C3** | Les quatre CHSGS dispenseront les services de base I-D-T en tentant d'atteindre des délais d'attente respectables selon les critères définis au PQLC, dans le PQDCS ou par une autre instance, par exemple :<br>- Un délai d'attente inférieur 12 jrs entre le début de l'investigation et l'annonce du Dx pour le cancer du sein selon le PQDCS;<br>- Un délai d'attente inférieur à 5 jours entre le Dx et le Tx de chimiothérapie tel qu'il a été préconisé dans le PQLC;<br>- Un délai d'attente inférieur à 7 jrs pour un rendez-vous chez le médecin ou chez le spécialiste dans le cas d'un cancer à détecter;<br>- Un délai d'attente inférieur à 28 jours entre le début de l'investigation et l'annonce du Dx pour des cancers particuliers;<br>- Un délai d'attente inférieur à 7 jrs entre la demande et le Tx de chimiothérapie;<br>- Un délai d'attente inférieur à 15 jrs entre la première visite et le début du Tx de chimiothérapie. | • Statuer régionalement sur les délais.<br>• Considérer les travaux du CQLC.<br>• Obtenir consensus régional formalisé dans un protocole. | DG/CHSGS<br>Équipes interdiscip. régionale et locales oncologie<br>dsp et CMFP4/CHSGS<br>DRMG - CMR<br>MSSS- ADRLSSSS-DOSAMU | | 2007<br>et continu | Selon critères PQLC et PQDCS, délai attente/ CHSGS entre :<br>- Début investigation et annonce Dx cancer du sein;<br>- Dx et Tx chimio;<br>- Demande investigation et RV médecin et RV spécialiste ;<br>- Début investigation et annonce Dx/cancer particulier;<br>- Demande Tx chimio et début Tx chimio.<br>- 1re visite hémato oncologue et début Tx chimio. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 7 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Investigation-Diagnostic-Traitements (Suite).**

❖ ***Première ligne : médecins cliniques médicales privées, GMF et CLSC***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les médecins de famille seront systématiquement impliqués dans le traitement et le suivi de l'usager en oncologie. | • Établir mécanismes formels de références/ communication (exemple : algorithme cheminement clinique de l'usager).<br>• Considérer la disponibilité des ressources. | DRMG - CMR<br>Équipes inter. régionale et locales oncologie | | 2005 et continu | Nombre de références aux médecins/usagers différents CHSGS. |
| D3 | Les services médicaux pour les usagers atteints du cancer seront renforcés via les cliniques médicales privées, les groupes de médecine de famille (GMF) et les CLSC. | • Réviser régulièrement le plan régional d'effectifs médicaux (PREM).<br>• Offrir aux médecins des conditions facilitant la pratique en région. | DRMG - CMR<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>MSSS | | Continu | Ratio omnipraticiens/ sous région. |
| | Le nombre d'effectifs médicaux sera consolidé dans les régions où ce nombre est inférieur à la norme ministérielle. | Idem. | Idem | | Continu | Idem. |
| | Des conditions facilitantes seront crées pour les médecins (exemples : rémunération, formation, etc.) qui interviennent en oncologie et en soins palliatifs. | • Faire consensus sur les conditions facilitantes.<br>• Faire représentation MSSS.<br>• Planifier formation continue (selon les thèmes, formation conjointe avec les autres intervenants).<br>• Concevoir ou rendre disponibles outils cliniques harmonisés. | FMOQ-FMSQ<br>MSSS - ADRLSSSS<br>DRMG- CMR | | 2005 et continu | Type de conditions facilitantes crées pour les médecins qui interviennent en oncologie et en soins palliatifs. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 7 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Investigation-Diagnostic-Traitements (Suite).**

❖ ***Première ligne : pharmacies d'officine***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| R3 | Les communications avec les pharmaciens d'officine seront formalisées lors du congé de l'usager du CHSGS afin de faciliter l'accès aux médicaments en première ligne. | • Convenir des infos à recevoir et des moyens de communication<br>• Établir des mécanismes formels de références (ex. : algorithme, cheminement clinique usager).<br>• Obtenir collaboration des pharmaciens d'officine de Chaudière-Appalaches. | Équipes inter régionale et locales oncologie<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>DRMG – CMR, CMDP/territoire<br>Pharmaciens d'officine de la région | | 2004 et continu | Taux de référence aux pharmaciens d'officine de la région/usagers différents CHSGS. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 8 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat interdisciplinaire local en oncologie pour les volets Adaptation-Réadaptation-Soutien-Soins de fin de vie.**

❖ ***Deuxième ligne : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | L'accès aux services Adaptation-Réadaptation-Soutien (A-R-S) dès le diagnostic de cancer jusqu'aux soins de fin de vie sera consolidé par la mise en place de guides cliniques standardisés et de programmes de formation continue. | • S'inspirer du PQLC et du PRLC.<br>• Planifier formation continue spécifique et mise à jour.<br>• Développer des guides de soins. | Équipes interdisciplinaires régionale et locales oncologie<br>PDRH/CHSGS<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>MSSS | Réf. budget global développement outils cliniques, objectif 4 et budget global de formation, objectif 14 | 2005 et continu | Degré d'atteinte des services A-R-S-Soins fin de vie/ CHSGS selon les normes PQLC. |
| R2 | L'accès à du personnel régulier et formé pour l'unité d'oncologie et pour l'unité de soins palliatifs en CHSGS sera favorisé afin de faciliter l'organisation du travail et d'assurer le maintien de l'expertise. | • Identifier les membres de l'équipe.<br>• Réviser organisation du travail.<br>• Regrouper l'administration unités onco et soins pall.<br>• Élaborer modèle-cadre de fonctionnement d'équipe. | DG /CHSGS<br>Chefs services onco<br>DSI<br>Équipes interd locales et régionale oncologie | | 2005-2006 | Nombre d'unités administratives oncologie-soins palliatifs/CHSGS. |
| C3 | Les services psychosociaux (intervenant social, psychologue ou psychiatre) et les services de liaison intra et inter établissements en clinique externe en oncologie des quatre CHSGS seront accessibles. | • Réviser organisation du travail en fonction des rôles et tâches des infirmières pivots au régional et au local. Identifier requis des ressources psychosociales et de liaison. | DG /CHSGS<br>Chefs services onco<br>Équipes interdiscipl. locales et régionale oncologie<br>DSI-RSI, ADRLSSSS-DOSAMU, DRFMI, MSSS | **$ récurrent** à déterminer 4 CHSGS intervenants psychosociaux | 2004-2005 et continu | Délai d'attente pour les services psychosociaux en clinique externe oncologie/CHSGS. Délai d'attente pour les services liaison en clinique externe oncologie/ CHSGS. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les services d'orthophonie au CHBE seront accessibles. | • Favoriser l'emploi d'éducateurs spécialisés sous une supervision locale ou à distance d'orthophonistes du territoire.<br>• Réviser organisation du travail.<br>• Identifier requis de ressources. | DG-CHBE<br>DSI CHBE<br>Équipes interd locales et régionale oncologie | | 2004-2005 | Délai d'attente au service d'orthophonie au CHBE. |

Objectif général 8 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Adaptation-Réadaptation-Soutien-Soins de fin de vie (Suite).

❖ ***Première ligne : centres locaux de services communautaires (CLSC) – centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD)***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les 11 CLSC-CHSLD assureront la prise en charge et le suivi psychosocial des usagers atteints du cancer dans un délai inférieur à 48 heures. | • Consolider les équipes des services courants en CLSC-CHSLD pour les services psychosociaux (psychologue ou t.s.).<br>• Identifier requis ressources. | DG/11 CLSC-CHSLD<br>Équipes interdiscip. locales oncologie<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>MSSS | **$ récurrent**<br>à déterminer<br>11 CLSC-CHSLD<br>intervenants psychosociaux | 2004<br>et continu | Délai d'attente pour les services psychosociaux courants oncologie/ CLSC-CHSLD. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | Les 11 CLSC-CHSLD assureront la prise en charge et le suivi requis en A-R-S oncologie et en Soins de fin de vie en conformité avec la Politique nationale de soutien à domicile. | • Harmoniser et formaliser régionalement l'offre de services de base et les pratiques en considérant :<br>- les responsabilités et limites de la famille;<br>- La mise en place de services de soutien à la famille pour prévenir l'épuisement physique et psychologique;<br>- Les orientations nationales en soins pall.;<br>- Les orientations nationales services aux pers. âgées et en perte d'autonomie;<br>- L'apport des entreprises d'économie sociale et des organismes comm. de soutien à domicile et de soins palliatifs;<br>- La Politique de soutien à domicile.<br>• Établir les collaborations et ententes formelles de services avec les org. comm. et entreprises d'économie sociale du milieu – aide à domicile.<br>• Publier ces services dans un bottin des ressources à remettre à l'usager.<br>• Identifier et consolider requis ress. équipe SAD/11 CLSC-CHSLD. | DG/11 CLSC-CHSLD<br>Chefs programmes/ 11 CLSC-CHSLD<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>MSSS | **$ récurrent**<br>à identifier<br>11 CLSC-CHSLD avec le budget de SAD | 2004<br>et continu | Délai d'attente pour services A-R-S oncologie et soins palliatifs/CLSC-CHSLD. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R2** | L'accès à une équipe dédiée en soins palliatifs (équipe soutien à domicile) sera assuré dans chaque CLSC-CHSLD. | • Statuer rég. sur composition d'une équipe en soins palliatifs (incluant pharmacien d'officine et omnipraticien).<br>• Réviser organisation travail.<br>• Obtenir et formaliser les collaborations avec les médecins et pharmaciens. | Chefs progr. SAD/ 11 CLSC-CHSLD<br>CMDP<br>DRMG – CMR<br>DG/CLSC-CHSLD | | 2004-2005 | Nombre d'équipes dédiées en soins palliatifs/CLSC et composition de l'équipe. |
| **D3** | L'accès à une garde médicale 24/7 en soins palliatifs, en lien avec le soutien à domicile, sera formalisé dans chaque territoire de CLSC-CHSLD. | • Obtenir disponibilité des médecins. | CMDP - DRMG<br>Chefs programme SAD/11CLSC | | 2005-2006 | Degré d'accès à une garde médicale 24/7 par territoire de MRC. |
| | L'accès à une à une trousse d'urgence pour les soins palliatifs sera établi dans chaque CLSC-CHSLD. | • Identifier requis matériel pharmaceutique.<br>• Établir entente avec pharmacien d'officine pour gestion des médicaments.<br>• Établir modalités d'utilisation des médicaments. | CMDP<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>Chefs programme SAD/11CLSC | **400 $ non-récurrent** par CLSC pour trousse avec le budget de SAD | 2004-2005 | Nombre trousse d'urgence en soins palliatifs/CLSC. |
| **R2** | Des ressources dévolues aux activités de gardiennage seront identifiées par territoire de CLSC. | • Obtenir le consensus régional d'une description de tâches et la formaliser.<br>• Obtenir la collaboration des organismes commun. concernés et établir un partenariat.<br>• Établir banque pers. ress. (avec expertise)/org. com.<br>• Offrir formation continue conjointe et soutien professionnel. | DG/CLSC-CHSLD<br>Chefs programmes<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>Organis. commun. concernés/territoire | | 2005-2006 | Ressources de gardiennage identifiées/territoire CLCS. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R2** | Les services et modalités d'hébergement temporaire de dépannage (répit) pour les soins palliatifs seront spécifiés au cadre de référence régional d'hébergement temporaire. | • Réviser cadre de référence hébergement temporaire actuel en considérant situation soins palliatifs (coût/mécanismes accès/ continuité).<br>• Statuer sur l'accessibilité et les coûts. | Chefs programme/11 CLSC-CHSLD<br>DG/CLSC-CHSLD<br>ADRLSSSS-DOSAMU | | 2005 | Services, coûts et modalités d'hébergement de dépannage (répit) pour les soins palliatifs identifiés au Cadre de référence régional en hébergement temporaire. |
| **D3** | Des places d'hébergement normalisées de type moyen séjour (3 à 6 mois) seront disponibles par territoire de CLSC-CHSLD. | • Identifier requis besoins/ territoire.<br>• Innover auprès de milieux intermédiaires différents.<br>• Établir ententes formelles avec partenaires et formaliser collaborations. | DG/11CLSC-CHSLD<br>Chefs progr. SAD/11 CLSC-CHSLD<br>ADRLSSSS-DRFMI-DOSAMU<br>MSSS | **$ récurrent** selon besoins requis identifiés/ territoire CLSC-CHSLD | 2006 | Nombre d'usagers en attente pour des lits d'hébergement de type moyen séjour/ territoire CLSC-CHSLD. |
| **R2** | Étudier la possibilité de réserver, en soutien à domicile, des budgets spécifiques pour les soins palliatifs de fin de vie et les équipements (incluant aide à domicile, gardiennage, séjour en lits d'hébergement temporaire de soins palliatifs). | • Étudier faisabilité au cadre gestion financière des établissements.<br>• Considérer allocations spécifiques déjà consenties autres programmes (RSI pers. âgées et perte autonomie, SAD.<br>• Déterminer une procédure régionale pour identifier le budget.<br>• Identifier le budget requis.<br>• Assurer suivi allocations. | DG/CLSC-CHSLD<br>ADRLSSSS-DRFMI-DOSAMU<br>MSSS | | 2005 | Allocations spécifiques soins palliatifs identifiées au cadre de gestion financière /établissement. |

ACCESSIBILITÉ AU PLAN LOCAL EN ONCOLOGIE RELATIVEMENT À L'OFFRE DE SERVICES DE BASE

**Objectif général 8 : S'assurer que les établissements de santé, professionnels et bénévoles impliqués dans la lutte contre le cancer de chacune des sous-régions de Chaudière-Appalaches participent à la réalisation du mandat en oncologie pour les volets Adaptation-Réadaptation-Soutien-Soins de fin de vie (Suite).**

❖ ***Première ligne : Organismes communautaires***

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D3** | L'accès aux organismes communautaires oeuvrant en cancer et en soins palliatifs (toutes pathologies) sera centralisé dans chaque territoire de CLSC. | • Obtenir la collaboration des groupes actuels.<br>• Former un comité de travail.<br>• Étudier la faisabilité que les groupes communautaires oeuvrant en cancer du sein de chaque sous- région soient reconnus comme les groupes à consolider pour œuvrer auprès de tous les types de cancer.<br>• Établir critères et modalités de fonctionnement.<br>• Évaluer les coûts fonctionnement.<br>• Identifier les impacts sur le fonctionnement des groupes communautaires actuels.<br>• Déposer des appels de projet.<br>• Analyser projets reçus.<br>• Obtenir financement MSSS.<br>• Diffuser l'information à la population et partenaires région et hors régions.<br>• Réviser mandat et rôles, s'il y a lieu. | DG CLSC<br>7 Groupes commun. du cancer du sein région Chaudière-Appalaches<br>Autres groupes communautaires cancer et soins palliatifs du territoire<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>MSSS | **60 000 $ récurrent** (organismes communautaires) | 2007 | Modalités d'accès aux organismes communautaires cancer et soins palliatifs/territoire CLSC. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C3 | L'accès à un service d'accompagnement/transport aux traitements pour les usagers atteints du cancer sera facilité dans chaque territoire de CLSC. | • Obtenir des collaborations des différents organismes du territoire offrant du transport /accompagnement.<br>• Statuer sur les organismes et établir des ententes de partenariat.<br>• Affecter à ce service des ressources détenant une formation minimale spécifique pour œuvrer auprès de cette clientèle.<br>• Offrir formations conjointes et soutien professionnel.<br>• Estimer un budget/territoire.<br>• Faire des représentations au MSSS pour consolidation. | DG CLSC<br>Org. com. cancer et SAD/territoire CLSC-CHSLD<br>Chefs programmes SAD/11 CLSC-CHSLD<br>Équipes inter. locales onco<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI,<br>MSSS | **$ récurrent**<br>à identifier/ territoire CLSC-CHSLD | 2006-2007 et continu | Nombre d'activités de transport par accompagnement par territoire de CLSC pour des traitements par rapport au nombre de demandes de transport. |
| | L'accès aux services des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (COOP de services) sera consolidé pour différents besoins de soutien identifiés chez l'usager atteint du cancer ou en phase de fin de vie. | • Obtenir la collaboration des entreprises d'économie sociale du milieu.<br>• Identifier besoins de soutien pouvant être répondus par l'entreprise.<br>• Établir entente spécifique entre entreprises identifiées et CLSC-CHSLD.<br>• Identifier requis ressources et faire représentation MSSS.<br>• Harmoniser régionalement cette pratique (Politique SAD).<br>• Offrir des formations conjointes et du soutien professionnel. | DG CLSC<br>Chefs prog SAD/11CLSC-CHSLD<br>Entreprise d'économie sociale<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI<br>MSSS | **$ récurrent/**<br>à identifier/ territoire CLSC-CHSLD | 2006 | Types d'activités de soutien (cancer – soins de vie) dispensées par les entreprises d'économie sociale/ territoire CLSC-CHSLD. |

## CONTINUITÉ, COORDINATION, COMPLÉMENTARITÉ, SUIVI ET QUALITÉ DES SERVICES

### Objectif général 9 : S'assurer que chaque milieu clinique partage une philosophie commune d'intervention.

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R1** | Chaque milieu clinique appliquera une démarche harmonisée d'intervention favorisant l'approche globale, l'interdisciplinarité et l'éthique, en conformité au PQLC. | • S'inspirer du PQLC.<br>• Élaborer et rendre disponible un modèle-cadre régional sur les modalités de fonctionnement en équipe interdisciplinaire<br>• **qui définira :**<br>- Rôles, fonctions des membres de l'équipe, y compris le rôle de l'usager (participation) au processus décisionnel et le rôle des proches;<br>- Notions relatives aux règles d'éthique et de confidentialité ainsi que les rôles et fonctions du comité de bio-éthique de l'établissement;<br>- Rôle des pharmaciens d'officine dans la continuité des soins au moment du congé de l'usager du CHSGS;<br>- Les indicateurs de référence pour les différents intervenants et professionnels de l'équipe (ex. : diététiste, ergo, physio, etc.) de même que pour les bénévoles et animateurs de pastorale;<br>-Les modalités de mise à jour du modèle-cadre. | Équipes inter.région et locales oncologie<br>Équipes interd. de base (terrain)<br>Comités d'éthique des 4 CHSGS<br>ADRLSSSS-DOSAMU<br>CQLC<br>Autres équipes de travail des établissements | | 2004-2005 | Degré satisfaction des équipes de chaque milieu clinique au regard de l'application du cadre de référence régional sur les modalités de fonctionnement en équipe interdisciplinaire. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R1** | | • **et qui comportera les documents suivants :**<br>- Outil de collecte des données (évaluation des besoins de l'usager);<br>- Trajectoire-type de services en oncologie-soins palliatifs;<br>- Algorithmes cliniques;<br>- Formulaires- ententes formelles;<br>- Formulaires- corridors de services;<br>- Types de mécanismes formels de communication;<br>- Grille d'évaluation de la satisfaction des membres de l'équipe envers le fonctionnement de l'équipe. | | | | |
| **D2** | Un outil clinique harmonisé d'évaluation des besoins respectant la globalité de la personne sera utilisé régionalement. | • Inventorier les outils existants et, après consensus, adapter et rendre disponible l'outil.<br>• Étudier la faisabilité d'utiliser l'outil multiclientèles.<br>• Considérer les possibilités de l'informatisation. | Équipes interdiscp. rég et locales oncologie<br>Comités d'assurance qualité des 4 CHSGS<br>ADRLSSSS-DOSAMU | | 2005 | Outil d'évaluation des besoins disponible régionalement. |

## CONTINUITÉ, COORDINATION, COMPLÉMENTARITÉ, SUIVI ET QUALITÉ DES SERVICES

**Objectif général 10 : S'assurer que les critères et indicateurs de performance relatifs aux activités de Investifation-Dépistage-Traitements seront conformes à ceux décrits au PQLC.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D4 | Les établissements CHSGS, CLSC-CHSLD réaliseront les activités d'Investigation-Diagnostic-Traitements (I-D-T) en conformité avec les normes nationales. | • Se référer au PQLC ou aux derniers travaux CQLC.<br>• Dans l'attente, poursuivre les activités actuelles de niveaux local et régional en I-D-T selon l'expertise déjà en place et l'infrastructure hospitalière et, s'assurer que les critères et indicateurs de performance soient respectés.<br>• Mettre sur pied un groupe d'experts qui s'assurera, en collaboration avec le MSSS, que les critères et indicateurs de performance en lien avec les activités en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés seront respectés.<br>• Obtenir un consensus régional en matière de qualité de services.<br>• Établir des modalités et critères de révision régionale des activités en lien avec les critères établis dans le PQLC.<br>• Déposer un rapport régulier et émettre des avis et recommandations. | DG CHSGS<br>Équipes interdiscp. régionale et locales oncologie<br>CMDP, DRMG-CMR dsp<br>MSSS (CCLCQ) | | 2005<br>et continu | Selon normes CQLC : degré de conformité des activités en I-D-T/CHSGS mandats régional et local. |

## CONTINUITÉ, COORDINATION, COMPLÉMENTARITÉ, SUIVI ET QUALITÉ DES SERVICES

**Objectif général 11 : Développer et actualiser les volets Surveillance/Recherche/Évaluation en matière de lutte contre le cancer.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D5** | L'Agence assurera un suivi en matière de Surveillance/Recherche/Évaluation en cancer dans la région. | • Élaborer une description de tâches.<br>• Identifier et affecter une<br>• ressource.<br>• Disposer d'un plan de travail.<br>• Poursuivre les travaux conjoint ADRLSSSS-MSSS.<br>• S'arrimer avec le provincial pour l'identification des indicateurs de suivi.<br>• Collaborer avec le provincial en matière de systèmes d'information clientèles et de modalités de gestion des données.<br>• Développer le volet recherche et évaluation : planification de projets (ex : infirmière pivot, etc.).<br>• Obtenir la collaboration des universités et des établissements de la région ou hors région. | ADRLSSSS-DSP-<br>DOSAMU - DRFMI<br>CRLC<br>MSSS<br>Universités : UQAR, LAVAL, etc. | **38 000 $ récurrent** | 2004 et continu | Types de données régionales en Surveillance/Recherche /Évaluation en cancer. |
| **C4** | L'accès aux données SI-PQDCS sera facilité. | • Se conformer au nouveau mode de gestion provincial des données dès que disponible.<br>• Planifier formation-mise à jour des 4 CDD-CRID.<br>• S'assurer de la mise à jour équipement informatique. | ADRLSSSS-DSP-PQDCS<br>INSPQ<br>CDD-CRID | | 2005-2006 | Données PQDCS accessibles. |

## CONTINUITÉ, COORDINATION, COMPLÉMENTARITÉ, SUIVI ET QUALITÉ DES SERVICES

**Objectif général 12 : Assurer régionalement la mise en place harmonieuse des services intégrés de lutte contre le cancer ainsi que le suivi à l'implantation en confirmant le Comité régional de lutte contre le cancer (CRLC) dans son mandat.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **C4** | Le CRLC soumettra des avis et des recommandations au président-directeur général de l'Agence sur des questions relatives à son mandat de collaboration à la planification de l'organisation des services. | • Référer au mandat décrit au PQLC.<br>• Identifier le mandat précis du CRLC, son mode de fonctionnement et sa présidence.<br>• Élaborer le plan de travail et échéancier des réunions. | Président-directeur général de ADRLSSSS<br>CRLC<br>DOSAMU, DSP | **6 000 $ récurrent** | Continu | Avis et recommandations au président-directeur général de l'Agence. |

**Objectif général 13 : S'assurer, sur le plan régional, de la réalisation du continuum de services, de la systématisation du suivi clinique et de la circulation de l'information en période implantation et post-implantation du PRLC.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **D1** | L'Agence coordonnera l'implantation et le suivi à l'implantation du PRLC et rendra disponible les informations relatives à la mise en application des objectifs organisationnels du PRLC (structure et processus) et les résultats obtenus en matière de :<br><br>- Planification;<br>- Organisation des services;<br>- Suivi clinique et circulation de l'information;<br>- Maintien et évolution de la qualité. | • Référer au mandat inscrit au PQLC.<br>• Affecter une ressource au suivi de l'implantation PRLC.<br>• Développer avec le provincial, les établissements et partenaires du réseau, un plan de suivi à l'implantation du PRLC, incluant :<br>- un cadre de monitorage;<br>- des indicateurs de suivi;<br>- un cadre d'évaluation.<br>• Collecter et analyser les données.<br>• Faire rapport au CRLC.<br>• Diffuser les résultats. | ADRLSSSS<br>Équipes inter. régionale populationnelle<br>Équipes interdiscip. régionale et locales en oncologie<br>CRLC | **76 000 $ récurrent** (1 ETC - agent de recherche)<br>**35 000 $** (1 ETC – secrétaire à l'Agence) | 2004 et continu | Résultats de l'implantation du PRLC disponibles reliés à :<br>- Planification;<br>- Organisation des services;<br>- Suivi clinique et circulation de l'information;<br>- Maintien et évolution de la qualité. |

## CONTINUITÉ, COORDINATION, COMPLÉMENTARITÉ, SUIVI ET QUALITÉ DES SERVICES

**Objectif général 14 : Assurer le maintien et le développement de l'expertise chez les intervenants et professionnels oeuvrant en P-P-D, en Oncologie et en Soins palliatifs de fin de vie par la mise en place d'un programme de formation continue/mise à jour et de mesures facilitantes.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R1** | L'accès à des ressources humaines ayant de l'expertise et des aptitudes sera privilégié pour exercer auprès de la clientèle en soins palliatifs. | • Considérer une formation minimale à l'embauche.<br>• Favoriser la régularité dans l'affectation du personnel.<br>• Favoriser l'accès à la formation continue pour tous.<br>• Prévoir la relève. | DG/CHSGS<br>Représ. syndical<br>Chefs de programme – soins palliatifs CHSGS, CLSC-CHSLD<br>DSI | | 2005 et continu | Niveau de compétence du personnel en soins palliatifs/établissement. |
| **D4** | L'accès à de la formation continue bisannuelle (domaines : P-P-D, oncologie et soins palliatifs de fin de vie) sera assuré régionalement. | • Évaluer les besoins de formation.<br>• Tenir compte des initiatives régionales.<br>• Maintenir colloque régional annuel de l'HDL en onco. et en soins pall.<br>• Obtenir, au besoin, des collaborations des maisons d'enseignement collégial et universitaire pour dispenser les formations-mises à jour.<br>• Disposer d'un plan de formation régional/ provincial.<br>• S'arrimer avec le prog. du MSSS le cas échéant. | ADRLSSSS-DOSAMU-DSP<br>Équipe régionale populationnelle<br>Équipes inter régionale et locales oncologie | **15 000 $ récurrent**<br>(Budget global formation/ mise à jour) | 2004 et continu | Disponibilité de formation continue bisannuelle régionale harmonisée. |

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **R1** | Le travail en équipe, l'accès aux formations et le temps de formation rémunéré feront parties des mesures de soutien accordées aux médecins, intervenants (incluant CHSLD) et professionnels de l'équipe soignante. | • Planifier des journées thématiques sur le cancer incluant les rôles des différents intervenants en CLSC-CHSLD, CHSGS et bénévoles.<br>• Favoriser tenue réunions d'équipe.<br>• Privilégier des formations conjointes. | DG établissements<br>Chef de services/ programmes onco-soins palliatifs des CHSGS-CLSC-CHSLD<br>Équipe régionale populationnelle<br>Équipes inter régionale et locales en oncologie. | | 2005 et continu | Types de mesures de soutien accordées/type d'intervenants et professionnels. |
| **D4** | Les formations suivantes sur les thèmes identifiés dans le portrait régional seront dispensées :<br>**Pour les médecins :**<br>- Approche face à la mort;<br>- Recommandations en matière de prévention et dépistage des cancers.<br>**Pour les pharmaciens :**<br>- Aspects pharmacologiques;<br>- L'approche clientèle et l'approche multidisciplinaire.<br>**Pour les intervenants, professionnels et bénévoles :**<br>- Accompagnement en soins palliatifs;<br>- Relation d'aide et Soutien;<br>- Approche clientèle;<br>- Soulagement de la douleur;<br>- Formation spécifique pour les intervenants des cliniques externes en oncologie. | • Rechercher du financement.<br>• Identifier les formateurs.<br>• Planifier le contenu et les formations et prévoir la logistique.<br>• Intégrer les notions famille et proches aux thèmes retenus. | DG établissements<br>CMDP-CMR<br>DRMG<br>Groupes communautaires en oncologie<br>Chef de services/ programmes des CHSGS-CLSC-CHSLD<br>ADRLSSSS-DOSAMU-DSP-DRFMI | **$ récurrent**<br>(Réf. : budget global de formation, objectif 14) | 2005-2007 | Thèmes de formation dispensés.<br>Nombre de présences aux formations/type d'intervenants/milieu de soins. |

COMMUNICATION, INFORMATION

## Objectif général 15 : Rendre disponibles auprès des intervenants et professionnels des outils didactiques et des mécanismes de communication harmonisés en soutien à l'intervention .

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D4 | Un moyen de communication harmonisé (exemple : carnet de suivi) relatif aux informations de l'usager sera développé dans l'attente du dossier oncologique. | • Étudier pertinence d'un tel moyen.<br>• Recenser les outils existants dans le réseau.<br>• Obtenir un consensus régional. Élaborer et rendre disponible le moyen choisi. | Équipes interdicisp. régionale et locales en oncologie ADRLSSSS-DOSAMU DRMG - CMR | Réf. budget global outils cliniques et communautaires, objectif 4 | 2004-2005 | Moyen de communication choisi. |
| | Un bottin des ressources pour les usagers et les proches sera élaboré (et informatisé) et rendu disponible pour la région. | • Recenser les outils existants dans le réseau.<br>• Obtenir un consensus régional sur le modèle.<br>• Obtenir la collaboration des partenaires du milieu.<br>• Envisager la possibilité de commandites de financement.<br>• Identifier les ressources nécessaires (budget). | Équipes interdicisp. régionale et locales en oncologie, Équipe inter. régionale populationnelle, Partenaires du milieu ADRLSSSS-DOSAMU, | Réf. budget global outils cliniques et communautaires, objectif 4 | Avril 2006 | Bottin des ressources disponible régionalement. |
| | Des outils pédagogiques et informatiques ainsi que de la documentation portant sur les activités, programmes et services offerts ainsi que les ressources seront développés et harmonisés régionalement. | • Recenser les outils existants dans le réseau.<br>• Déterminer les nouveaux besoins en fonction des outils existants.<br>• Concevoir ou adapter les outils.<br>• Rechercher un consensus régional. | Équipe régionale populationnelle Équipes régionale et locales en oncologie ADRLSSSS-DOSAMU-DSP | Réf. budget global outils cliniques et communautaires, objectif 4 | 2005-2006 | Types d'outils didactiques, pédagogiques et informatiques harmonisés régionalement. |
| | Le RTSS sera développé vers les cliniques médicales. | • Réaliser un plan d'organisation technologique.<br>• Obtenir financement et actualiser le déploiement du réseau. | MSSS ADRLSSSS-DOSAMU-DRFMI – Techno-centre Chaudière-Appalaches DRMG - CMR | Budget spécifique en provenance du MSSS | 2004 et continu | Degré de déploiement (%) du lien RTSS avec les cliniques médicales du territoire, en particulier les GMF. |

COMMUNICATION, INFORMATION

**Objectif général 16 : Améliorer la connaissance de la population relativement au PRLC par la mise en place d'un plan de communication régional.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES ET PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D5 | La population de Chaudière-Appalaches sera en mesure de mieux connaître les services offerts aux personnes atteintes du cancer et à leurs proches. | • Développer un plan de communication régional.<br>• Arrimer plan de communication avec le plan com. provincial.<br>• Élaborer un contenu et intégrer les informations relatives au PRLC aux sites Internet existants.<br>• Identifier ressources nécessaires.<br>• Réaliser les activités de promotion.<br>• Procéder à un sondage auprès de la population. | ADRLSSSS-DOSAMU-DSP-SGDRH- DRFMI<br>CRLC<br>Equipes inter. régionale et locales onco. et populationnelle<br>Partenaires du réseau<br>MSSS | **$ 3 200 non récurrent** | 2005-2007 | Degré de connaissance de la population sur les services offerts. |

**Objectif général 17 : Sensibiliser la population ainsi que les différents groupes ou organisations à la cause spécifique des soins palliatifs de fin de vie et à la qualité des milieux de vie.**

| PRIORITÉ | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES<br>CONSOLIDER DÉVELOPPER RÉAMÉNAGER | MOYENS | RESPONSABLES T PARTENAIRES | RESSOURCES FINANCIÈRES | ÉCHÉANCIER | INDICATEURS DE RÉSULTATS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| D5 | La population et les différents groupes ou organisations seront sensibles à la cause spécifique des soins palliatifs. | • Identifier des moyens de sensibilisation.<br>• Identifier et rencontrer les différents bailleurs de fonds.<br>• Procéder à des activités de promotion spécifiques, telles levées de fonds, etc.<br>• Réviser la possibilité pour les Fondations actuelles de souscrire spécifiquement en soins palliatifs.<br>• Diffuser les orientations ministérielles en soins palliatifs. | DG – CHSGS et CLSC-CHSLD<br>Équipes inter. régionale et locales en oncologie<br>Fondations ou groupes communautaires de chaque milieu ou MRC | | 2006 et continu | Actions de la population par rapport aux soins palliatifs par sous-région. |

# Annexe VII

## PROFIL D'EMPLOI DE L'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE

PROPOSITION DU COMITÉ RÉGIONAL
DE LUTTE CONTRE LE CANCER

# PROFIL D'EMPLOI DE L'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE

A la suite des travaux d'un sous-comité de travail[28], les membres du comité régional de lutte contre le cancer conviennent que les exigences minimales pour occuper un poste d'infirmière pivot en oncologie sont les suivantes :

- Détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou une formation universitaire complétée équivalente;
- Être membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- Détenir une expérience de travail pertinente auprès des personnes atteintes du cancer (CHSGS ou CLSC);
- Lire facilement l'anglais serait un atout;
- Détenir un certificat en oncologie décerné par l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO) dans les 24 mois suivant l'embauche;
- Détenir toute autre formation pertinente en oncologie.

Outre les exigences académiques et cliniques, les membres du comité régional estiment qu'il serait souhaitable que l'infirmière pivot en oncologie détienne les qualités personnelles suivantes pour intervenir auprès de la clientèle atteinte du cancer et leurs proches :

- Habiletés sur le plan de la relation d'aide et des communications interpersonnelles;
- Habilités sur le plan de la résolution de problèmes ou de situations conflictuelles;
- Intérêt et facilité à travailler en équipe;
- Respect et reconnaissance des autres champs d'expertise et de ses limites comme professionnelle;
- Sens de l'organisation, sens des responsabilités et capacité d'adaptation;
- Autonomie, leadership, dynamisme et créativité;
- Motivation à travailler auprès des personnes atteintes du cancer (et leurs proches);
- Motivation et disponibilité à développer ses connaissances et apprentissages en oncologie et en soins palliatifs.

[28] Les personnes ayant collaboré au sous-comité sont : M[mes] Hélène Barrette, Denise Gagné, Francine Leblond et Thérèse Pelletier.

# Annexe VIII

DÉMARCHES – ESTIMATION DU NOMBRE REQUIS D'INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE

# ESTIMATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES PIVOTS EN ONCOLOGIE

La description des fonctions de l'infirmière pivot indique que cette infirmière interviendra non seulement auprès des usagers qui reçoivent un diagnostic de cancer mais aussi, de façon ponctuelle, aux demandes des usagers déjà suivis et à celles des professionnels du réseau. En plus de l'intervention directe, cette infirmière devra considérer dans sa charge de travail les activités reliées aux réunions d'équipes interdisciplinaires, etc.

La démarche d'estimation de la charge de travail de l'infirmière pivot en oncologie a été inspirée des travaux de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec.

Le tableau XVII décrit les types d'intervention qui ont été retenus pour estimer, en terme de durée, la charge de travail des infirmières pivots en oncologie (diverses fonctions et durée d'intervention associée). Des durées ont été accordées pour les interventions de l'infirmière pivot s'adressant à :

- Tout nouvel usager atteint du cancer et ses proches (1re rencontre, planification, suivi);
- Tout autre usager en processus de suivi ou potentiellement en besoin ainsi qu'à des interventions de collaborations avec les intervenants du réseau;
- Des réunions périodiques avec les membres de l'équipe ou travail de collaboration.

Les membres du comité régional de lutte contre le cancer estiment toutefois que les durées d'intervention identifiées au tableau suivant sont minimales et qu'à moyen terme, elles deviendront insuffisantes en raison de l'évolution démographique du cancer et des soins de fin de vie.

## TABLEAU XVII
## *Estimation de la charge de travail des infirmières pivots en oncologie de la région de la Chaudière-Appalaches*

| INTERVENTIONS LIÉES À LA FONCTION D'INFIRMIÈRE PIVOT (IP) EN ONCOLOGIE POUR UN NOUVEL USAGER ATTEINT DU CANCER | DURÉE |
|---|---|
| **1. Interventions auprès de l'usager et ses proches lors ou à la suite de l'annonce du diagnostic**<br>À la première rencontre :<br>- S'assure d'avoir déjà reçu l'information pertinente du médecin traitant concernant l'usager *(informations transmises sur l'état santé, diagnostic, réactions de l'usager et de ses proches, plan de traitement, pronostic, etc.)*;<br>- Évalue les besoins biopsychosociaux et spirituels ainsi que l'état général (outil d'évaluation à déterminer);<br>- Soutien;<br>- Priorise les besoins;<br>- Informe sur la maladie et les ressources et remet la documentation pertinente;<br>- Réfère et oriente l'usager, si besoin;<br>- Amorce ou complète la démarche de soins;<br>- Coordonne et organise les soins et les rendez-vous, selon la situation;<br>- Procède à l'ouverture de dossiers, de notes d'évolution, d'entrée des données statistiques, d'envoi de la fiche de référence à Info-Santé *(centrale régionale)*. | **180 minutes**<br>(2,5 heures) |
| **2. Planification**<br>- Collabore à l'élaboration et rédaction du Plan de soins interdisciplinaire (PSI) avec l'usager et ses proches et les membres de l'équipe interdisciplinaire CHSGS-CLSC qui assureront le suivi de l'usager *(ex. : travailleur social, pharmacien, infirmière d'hémato-oncologie, etc.)*;<br>- Transmet (téléphonique ou électronique) toute information pertinente à l'infirmière pivot en oncologie (CLSC↔[29]CHSGS) pour une compréhension mutuelle de la situation de l'usager et vice-versa;<br>- Collige les données statistiques. | **90 minutes**<br>(1,5 heure) |
| **3. Suivi durant le continuum de soins et de services pour un nouvel usager *(période annonce diagnostic, traitements ou hospitalisation)***<br>- Offre un suivi à l'usager (sur place ou en relance téléphonique) selon les besoins;<br>- Répond (ou place) à des appels téléphoniques d'usagers pour différents besoins *(information, besoin de soutien ou de coordination des soins, de rendez-vous, etc.)*;<br>- Collige les données statistiques, si significatives;<br>- Répond (ou place) à des appels téléphoniques d'intervenants du réseau *(médecin de famille, chirurgien, infirmières, etc.)* pour suivi, référence, informations concernant certains usagers, etc. | **120 minutes**<br>**(2 heures)** |
| **Total des durées d'interventions consacrées au suivi d'un nouvel usager annuellement *(49,6 semaines, c'est-à-dire 52,2 semaines excluant les congés fériés)*** | **360 minutes**<br>(6 h/an/nouvel usager) |

[29] ↔ signifie que quelque soit le lieu de l'intervention, les infirmières pivot de CHSGS ou de CLSC se transmettent l'information pertinente sur le suivi de l'usager.

| AUTRES INTERVENTIONS LIÉES À LA FONCTION D'INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE POUR TOUS LES USAGERS ET LES INTERVENANTS DU RÉSEAU | DURÉE |
|---|---|
| **4. Suivi durant le continuum de soins et de services**<br>Assume des interventions similaires au no 3, soit 1 heure par jour pour divers suivis auprès d'usagers et 3 heures par mois pour diverses interventions en collaboration avec des intervenants du réseau et la consignation de données statistiques. | **24,5 h** X période<br>(319 h/an) |
| **5. Réunions périodiques**<br>- Participe à une réunion d'équipe interdisciplinaire (CHSGS-CLSC) hebdomadaire;<br>- Participe à une réunion de service aux trois semaines;<br>- Participe à une réunion avec ses collègues infirmières pivots par période (utilisation possible de visioconférence). | **19,2 h** x période<br>3 h x 49,6 sem.<br>3 h x 16,5 sem.<br>4 h x 13 périodes<br>(250 h X an) |
| **Total Autres Interventions annuelles (49,6 semaines)** | **44 heures** par période ou 572 h/an |

## Analyse du volume d'activités en oncologie

Les dernières données statistiques disponibles pour la région de la Chaudière-Appalaches permettent de dénombrer, entre 1995-1999, un total de 7 663 nouveaux cas de cancer, soit un nombre moyen annuel de 1 532,6 cas. Le tableau XVIII permet de distinguer la répartition du nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer par bassin de desserte hospitalière. En référence au Portrait régional de lutte contre le cancer en Chaudière-Appalaches (avril 2002), de 1994-1998 à 1995-1999, les taux de nouveaux cas de cancer sont légèrement à la hausse dans la région.

Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations (chirurgie et médecine) pour cancer dans les centres hospitaliers de la région de la Chaudière-Appalaches pour l'ensemble des sièges est de 1 420 en 2001-2002. Quant au taux de rétention des hospitalisations, toujours pour l'ensemble des sièges, celui-ci est passé de 58 % en 1994-1995 à 63 % en 2001-2002 *(MSSS, fichier APR-DRG)*.

**TABLEAU XVIII**

***Répartition du nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer par bassin de desserte hospitalière, région Chaudière-Appalaches***

| Bassin de desserte CHSGS | Population projetée en 2001[30] | Nombre moyen de nouveaux cas par année (1995-1999)[31] | Territoires sociosanitaires |
|---|---|---|---|
| **Centre hospitalier Beauce-Etchemin** | 86 220 (22 %) | 340,6 (22,2 %) | Beauce-Sartigan<br>Les Etchemins<br>Robert-Cliche |
| **Centre hospitalier de la région de l'Amiante** | 44 342 (11,3 %) | 220,2 (14,3 %) | Amiante |
| **Hôtel-Dieu de Lévis** | 217 914 (55,6 %) | 749,6 (49 %) | Bellechasse<br>Lévis (2 CLSC)<br>Lotbinière<br>La Nouvelle-Beauce |
| **Hôtel-Dieu de Montmagny** | 43 361 (11,1 %) | 222,2 (14,5 %) | L'Islet<br>Montmagny |
| **Total** | **391 837** | **1 532,6** | **10 (11 CLSC)** |

**Estimation du nombre requis d'infirmières pivots en oncologie dans la région de la Chaudière-Appalaches[32]**

L'Agence a estimé le nombre requis d'infirmières pivots dans les quatre bassins de desserte de CHSGS de la région, en fonction du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer et du nombre de nouveaux cas pouvant être suivis par une infirmière pivot annuellement. Ce dernier nombre a été calculé à partir des travaux des régies régionales de la Mauricie-Centre-du-Québec (2003) et de la Montérégie (2003) où il a été estimé respectivement qu'une infirmière pivot pouvait suivre annuellement entre 178 et 213 nouveaux cas pour l'un et environ 200 nouveaux cas pour l'autre.

[30] Institut de la statistique Québec, juin 2000.
[31] MSSS, fichier des tumeurs (1995-1999).
[32] L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec a estimé le nombre d'infirmières pivots requis en fonction du nombre annuel de nouveaux cas de cancer soit, 196 nouveaux cas par infirmière pivot. Quant à la région de la Montérégie, après un an d'implantation, on estime le nombre de nouveaux cas de cancer/annuel par infirmière pivot à 200.

Le tableau XIX précise, en préambule, les heures annuelles totales requises par poste équivalent temps complet (ETC) d'infirmière pivot. Au total, un poste ETC d'infirmière pivot représente annuellement 1 736 heures si l'on considère que cette ressource travaille sept heures par jour, cinq jours par semaine, qu'elle est remplacée durant ses vacances et qu'elle utilise ses 13 jours fériés.

Le nombre requis de postes ETC d'infirmières pivots à être nommées aux équipes interdisciplinaires régionale et locales en oncologie pour la région de la Chaudière-Appalaches s'élève à **13,5** soit, 12,5 postes au plan local (dont 0,5 poste ETC par CLSC-CHSLD et couvrant 5 jours par semaine) et 1 poste ETC au plan régional. Cette répartition a été faite en fonction :

- du nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer par bassin de desserte;
- du nombre d'heures estimé des interventions liées aux fonctions d'infirmière pivot en oncologie;
- du nombre moyen de nouveaux cas pouvant être suivis annuellement par une infirmière pivot, soit 200 nouveaux cas;
- du lieu actuel de l'intensité des interventions de l'infirmière pivot, soit majoritairement en CHSGS;
- de la continuité des services à assurer vers le CLSC et vice versa.

*Les membres comité régional ont fortement soutenu l'importance de désigner des infirmières pivot en CLSC en raison de la nécessité d'assurer une continuité des services pour l'usager.* Faute de données précises permettant d'en calculer leur nombre pour l'instant, les membres du comité ont estimé minimalement ce nombre à 0,5 poste ETC par CLSC en précisant une présence étalée sur 5 jours par semaine.

Les tableaux XIX et XX permettent de comprendre la démarche qui a conduit à l'estimation du nombre requis d'infirmières pivots pour la région de la Chaudière-Appalaches.

## TABLEAU XIX

### *Heures totales[33] consacrées par l'infirmière pivot en oncologie auprès de l'usager atteint du cancer et ses proches ainsi que pour les autres interventions connexes*

An = 52,2 sem. x 5 jours – 13 jours fériés x 7 h = 1 736 heures/an
**Mensuellement = 1 736 heures/an ÷ 35 h/sem.= 49,6 sem./an ÷ 13 périodes = 3,8 sem./mois x 5 jours/sem.= 19 jours/mois**

| | **Annuellement** (49,6 semaines ou 248 jours) | **Période financière** (3,8 semaines ou 19 jours) | **Hebdomadaire** (5 jours) |
|---|---|---|---|
| **Heures totales consacrées par l'infirmière à sa fonction de pivot** | **1 736 heures** (248 jours) | **134 heures** (19 jours) | **35 heures** (5 jours) |
| **Heures totales annuelles consacrées par l'infirmière pivot à un nouvel usager** *(un nouveau cas de cancer nécessite 6 h)* | **1 632 heures** (233 jours) (peut suivre environ 200 nouveaux cas de cancer par an) | **126 heures** (25 jours) environ 15 nouveaux cas par période | **33 heures** (5 jours) environ 4 nouveaux cas par semaine |
| **Heures totales annuelles consacrées par l'infirmière pivot aux autres interventions** *(usagers déjà suivis, professionnels, réunion)* | **572 heures** (82 jours) | **44 heures** (6,3 jours) | **12 heures** (1,8 jour) |

[33] L'infirmière consacrera 35 heures par semaine à sa fonction d'intervenant pivot en oncologie. Elle sera remplacée lors de ses vacances et prendra 13 congés fériés dans son année. Elle travaillera donc environ 49,6 semaines à l'intérieur d'une année.

Le tableau suivant décrit l'estimation du nombre requis d'infirmières pivots en oncologie pour la région de la Chaudière-Appalaches selon le nombre annuel de nouveaux cas entre 1995-1999.

**TABLEAU XX**
***Estimation du nombre[34] requis d'infirmières pivots en oncologie***

| | BASSINS DE DESSERTE DE CENTRE HOSPITALIER | | | | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| | CHBE | CHRA | HDL | HDM | |
| **Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer (1995-1999)** | 340,6 | 220,2 | 749,6 | 222,2 | **1 532,6** |
| **Nombre de nouveaux cas par infirmière pivot** | 200 environ | 200 environ | 200 environ | 200 environ | **200 environ** |
| **Nombre requis d'infirmières pivots en CHSGS** | 1,5 | 1,2 | 4[35] | 1,2 | **8** |
| **Nombre requis d'infirmières pivots en CLSC-CHSLD[36]** | 1,5 | 0,5 | 2,5 | 1 | **5,5** |
| **Total postes ETC infirmières pivots** | **3** | **1,8** | **6,5** | **2,2** | **13,5** |

[34] Le nombre requis d'infirmières pivots estimé par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre du Québec se situe entre 193 et 213 nouveaux cas de cancer par année par infirmière pivot.
[35] Inclut 1 poste ETC d'infirmière pivot à l'équipe interdisciplinaire régionale.
[36] 0,5 poste ETC par territoire de CLSC-CHSLD, soit un demi-temps avec une présence si possible étalée sur cinq jours.